

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E

TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA

CÂMPUS JOINVILLE

DEPARTAMENTO SAÚDE E SERVIÇOS

Carolina Martins Meneses

Rosa Maria da Silva de Andrade

PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS HOSPITAIS (PVH): CONTRIBUIÇÕES
PARA A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM SANTA CATARINA

JOINVILLE

2026

Carolina Martins Meneses
Rosa Maria da Silva de Andrade

PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS HOSPITAIS (PVH): CONTRIBUIÇÕES
PARA A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM SANTA CATARINA

Monografia apresentada ao curso de
Gestão Hospitalar do Instituto Federal de
Santa Catarina, para validação do TCC a
fim de obter o título de tecnólogo em
Gestão Hospitalar.

Orientador (a): Prof.(a) Dra. Andréa
Heidemann

JOINVILLE

2026

Carolina Martins Meneses
Rosa Maria da Silva de Andrade

Programa de Valorização dos Hospitais (PVH):
Contribuições para a Assistência Hospitalar em Santa Catarina

Monografia apresentada ao curso de Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina, para validação do TCC a fim de obter o título de tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Área de concentração: Saúde e serviços

Joinville, 05 de Dezembro de 2025.

Ficha de Identificação da obra elaborada pelo autor, através do cadastro de ficha de identificação disponível no portal discente do Sistema Integrado de Gestão Acadêmica - SIGAA, do IFSC.

Meneses, Carolina Martins

Programa de valorização dos hospitais (PVH): contribuições para a assistência hospitalar em Santa Catarina / Carolina Martins Meneses e Rosa Maria da Silva de Andrade; orientador(a): Dra. Andréa Heidemann.
- Joinville: 2026.

76 p.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2026.

Inclui referências.

1. Programa de Valorização dos Hospitais. 2. Gestão Hospitalar. 3. Programa Governamental. 4. Sistema Único de Saúde. I. Heidemann, Dra. Andréa. II. Instituto Federal de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. III. Título.

Carolina Martins Meneses
Rosa Maria da Silva de Andrade

Programa de Valorização dos Hospitais (PVH):

Contribuições para a Assistência Hospitalar em Santa Catarina

Monografia apresentada ao curso de Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina, para validação do TCC a fim de obter o título de tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Área de concentração: Saúde e serviços

Joinville, 21 de Maio de 2026.

Dra. Andréa Heidemann
Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC)
Função: Orientadora

Dr. Jorge Cunha
Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC)

Esp. Marcelo Machado
Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC)

RESUMO

O estudo analisa o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) como uma política governamental estadual voltada ao fortalecimento da assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina. Parte-se do contexto de subfinanciamento histórico do SUS, especialmente devido à defasagem da Tabela SUS, que impacta diretamente a sustentabilidade financeira dos hospitais, sobretudo os filantrópicos, responsáveis por grande parte dos atendimentos de média e alta complexidade. O objetivo principal deste estudo é analisar de que forma o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), enquanto política pública estadual de apoio à rede hospitalar do SUS em Santa Catarina, contribui para o fortalecimento da assistência hospitalar e para a melhoria da saúde pública da população catarinense. Para isso, o estudo adota uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo, com base em pesquisa documental em fontes oficiais da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Os resultados indicam que o PVH atua como um importante mecanismo de financiamento complementar, baseado em desempenho e produção, promovendo aumento significativo no volume de procedimentos, ampliação de leitos, especialmente de UTI, e fortalecimento da gestão hospitalar. O programa também contribui para a redução de filas de espera e para maior equidade regional no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, o estudo aponta desafios, como a dependência dos repasses estaduais, o risco de reforço de desigualdades entre hospitais com diferentes níveis de estrutura e a necessidade de monitoramento contínuo para garantir qualidade assistencial e sustentabilidade a longo prazo. Por fim, considera-se que o PVH representa um avanço no modelo de financiamento hospitalar, ao alinhar recursos a resultados e incentivar melhorias na gestão e na assistência, embora ainda demande aperfeiçoamentos para garantir sua efetividade e permanência como política pública estruturante.

Palavras-chave: Programa de Valorização dos Hospitais, gestão hospitalar, programa governamental, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The study analyzes the Hospital Valorization Program (PVH) as a state government policy aimed at strengthening hospital care within the Unified Health System (SUS) in Santa Catarina. It starts from the context of historical underfunding of the SUS, especially due to the lag in the SUS pricing table, which directly impacts the financial sustainability of hospitals, primarily philanthropic ones, responsible for a large portion of medium and high-complexity care. The main objective of this study is to analyze how the Hospital Valorization Program (PVH), as a state public policy supporting the SUS hospital network in Santa Catarina, contributes to the strengthening of hospital care and the improvement of public health for the population of Santa Catarina. To this end, the study adopts a qualitative, descriptive approach, based on documentary research using official sources from the State Health Secretariat of Santa Catarina. The results indicate that the PVH acts as an important complementary financing mechanism, based on performance and production, promoting a significant increase in the volume of procedures, the expansion of beds, especially in ICUs, and the strengthening of hospital management. The program also contributes to the reduction of waiting lists and to greater regional equity in access to health services. However, the study points out challenges, such as the dependence on state funding, the risk of reinforcing inequalities among hospitals with different structural levels, and the need for continuous monitoring to ensure care quality and long-term sustainability. Finally, it is considered that the PVH represents an advance in the hospital financing model by aligning resources with results and encouraging improvements in management and care, although it still requires refinements to ensure its effectiveness and permanence as a structural public policy.

Keywords: Hospital Valorization Program, hospital management, government program, Unified Health System.

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 – Etapas da Coleta de Dados	30
Figura 2 – Fluxograma de Pesquisa	31
Figura 3 – Fluxograma de Critérios Obrigatórios para Adesão.....	36
Figura 4 – Critérios para definição de porte hospitalar - Parte 01.....	39
Figura 5 – Critérios para definição de porte hospitalar - Parte 02	40
Figura 6 – Incentivo Catarinense por porte	41
Figura 7 – Mecanismo de financiamento e indução de resultados da Tabela Catarinense.....	44
Figura 8 – Mapa das regiões de saúde de SC e cobertura dos hospitais do PVH....	47
Figura 9 – Contribuições do PVH para a saúde pública catarinense	58
Figura 10 – Análise crítica do Programa de Valorização Hospitalar (PVH).....	61

LISTA DE TABELA

Tabela 01- Classificação Metodológica da Pesquisa	27
Tabela 02- Distribuição regional, população e valores por macrorregião.....	50
Tabela 03- Comparativo de procedimentos: novembro/2024 versus outubro/2025 ..	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
GpR – Gestão por Resultados
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFSC – Instituto Federal de Santa Catarina
MAC – Média e Alta Complexidade
NIR – Núcleo Interno de Regulação
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OS – Organizações Sociais
PHC – Política Hospitalar Catarinense
PVH – Programa de Valorização dos Hospitais
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SES/SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 <i>Objetivo Geral</i>	12
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E MECANISMOS DE INCENTIVO	13
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO	15
2.3 INDICADORES DE DESEMPENHO E AVALIAÇÃO DE IMPACTOS	17
2.4 EQUIDADE REGIONAL NA SAÚDE	19
2.5 A SAÚDE EM SC E O PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS HOSPITAIS	21
3 METODOLOGIA	25
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	25
3.1.1 <i>Acesso à fonte de dados</i>	28
3.1.2 <i>Seleção dos documentos relevantes</i>	28
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	29
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.4 DO USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL.....	32
3.5 ÉTICA NA PESQUISA	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
4.1 PVH: ADESÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO	34
4.1.1 <i>Da adesão ao PVH</i>	35
4.1.2 <i>Da Operacionalização do PVH</i>	38
4.1.3 <i>Do Financiamento</i>	43
4.2 OS HOSPITAIS PARTICIPANTES E SUA DISTRIBUIÇÃO REGIONAL	47
4.3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO ÂMBITO DO PVH	54
4.4 CONTRIBUIÇÕES DO PVH PARA A SAÚDE PÚBLICA CATARINENSE	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o setor público de saúde passou por transformações estruturais significativas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a descentralização da prestação de serviços e a redefinição das responsabilidades entre União, Estados e Municípios (Couttolenc; Zucchi, 1998). Apesar de sua abrangência social e do princípio da universalidade, o SUS enfrentou desafios históricos relacionados ao financiamento e à eficiência administrativa, cenário que afetou diretamente os hospitais que integravam sua rede (Couttolenc; Zucchi, 1998).

Um dos grandes desafios foi a defasagem da Tabela SUS, responsável pela remuneração dos procedimentos e serviços assistenciais em valores inferiores ao custo real de execução, o que impactou diretamente na sustentabilidade financeira das unidades hospitalares. Os hospitais filantrópicos, responsáveis por parcela expressiva dos atendimentos de média e alta complexidade, particularmente em estados como Santa Catarina, foram os mais impactados pela defasagem do financiamento (Teixeira, 2011; Marques; Piola; Carrillo Roa, 2016).

Tais insuficiências, ou seja, financiamento ou estratégias administrativas, comprometeram a continuidade da oferta de serviços e obrigaram as instituições a recorrerem a convênios privados, doações e, de forma crescente, a programas estaduais de incentivo como estratégia de compensação dos déficits estruturais (Prestes, 2019; Clark; Lelis; Machado, 2022).

Nesse contexto, o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), instituído pelo Governo do Estado de Santa Catarina em 2022, emergiu como uma política pública estadual estratégica de apoio à rede hospitalar do SUS. O programa previu repasses financeiros adicionais vinculados ao cumprimento de metas e indicadores de desempenho, visando ampliar o acesso a serviços hospitalares, como cirurgias eletivas e leitos de UTI, bem como fortalecer a eficiência administrativa e a qualidade da assistência prestada (Santa Catarina, 2025).

O PVH inseriu-se na lógica das políticas de Financiamento Baseado em Resultados ou Pagamento por Desempenho, que buscaram vincular parte dos repasses financeiros ao alcance de objetivos assistenciais específicos e indicadores

de qualidade e produtividade (Santa Catarina, 2023). Ao utilizar o financiamento como instrumento indutor de melhoria da gestão e da assistência, tais modelos atuaram como complemento ao pagamento fixo por procedimento, representado pela Tabela SUS, cujos valores apresentaram defasagem histórica por não acompanharem, de forma sistemática, a evolução dos custos operacionais hospitalares, como insumos, tecnologias e recursos humanos. Nesse contexto, programas como o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) em Santa Catarina emergiram como estratégias de recomposição financeira e incentivo à qualificação da assistência. Entretanto, apesar de seu potencial, iniciativas dessa natureza apresentaram limitações relevantes, como a dependência dos repasses estaduais, a possibilidade de fragilização da autonomia financeira hospitalar e o risco de se configurarem apenas como mecanismos compensatórios de curto prazo (Motta; Oliveira, 2019; Gonçalves, 2020).

Diante desse cenário, analisar o PVH implementado em Santa Catarina tornou-se fundamental para compreender como os incentivos estaduais contribuíram para o fortalecimento da rede assistencial, a manutenção e a possível expansão dos serviços hospitalares. Especificamente, este estudo concentrou-se na análise do funcionamento do Programa de Valorização dos Hospitais, nos critérios de participação, na distribuição regional dos hospitais contemplados e nos procedimentos mais financiados, buscando compreender suas contribuições para o fortalecimento da assistência hospitalar e para a saúde pública da população.

1.1 Justificativa

A motivação para a realização deste estudo decorreu da necessidade de compreender, de forma mais aprofundada, como políticas públicas estaduais de financiamento impactaram concretamente a sustentabilidade da rede hospitalar e o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente em um contexto marcado pelo subfinanciamento crônico do sistema público. Inserido nesse contexto, o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) em Santa Catarina configurou-se como uma iniciativa recente e estratégica, cuja análise possibilitou aproximar a reflexão acadêmica da realidade da gestão hospitalar, bem como das demandas

assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a compreensão de seus impactos, desafios e potencialidades no fortalecimento da rede hospitalar.

Nesse sentido, o estudo sobre o PVH revelou-se relevante por múltiplas razões. Primeiramente, os hospitais públicos e filantrópicos desempenharam papel estratégico na sustentação da rede do SUS, sendo responsáveis por parcela significativa dos atendimentos de média e alta complexidade. Nesse contexto, a análise do programa possibilitou compreender em que medida os repasses e incentivos estaduais tiveram contribuído efetivamente para a sustentabilidade financeira dessas instituições e para a continuidade dos serviços ofertados à população (Prestes et al., 2019; Leandro, 2025).

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribuiu para o aprofundamento da compreensão sobre a relação entre políticas públicas, gestão hospitalar e mecanismos de incentivo financeiro. A análise do programa permitiu avaliar como iniciativas estaduais, ao complementar recursos federais insuficientes, puderam influenciar a eficiência administrativa, a qualidade assistencial e a capacidade de planejamento estratégico das instituições hospitalares. Ademais, possibilitou identificar potenciais efeitos adversos, como a dependência dos repasses públicos e a limitação da autonomia decisória dos hospitais.

Sob a perspectiva social, a relevância da investigação foi igualmente expressiva, uma vez que compreender os impactos do PVH pôde auxiliar na avaliação do acesso da população a serviços essenciais, como cirurgias eletivas, internações em UTI e atendimentos de urgência e emergência. Verificar se os incentivos financeiros se traduziram em resultados assistenciais concretos e sustentáveis permitiu analisar se os recursos públicos foram aplicados de forma eficiente e se beneficiaram, de fato, os cidadãos que dependem do SUS.

Além disso, ao contemplar a distribuição regional dos hospitais participantes e os tipos de procedimentos mais financiados, o estudo contribuiu para a identificação de possíveis desigualdades territoriais e lacunas assistenciais, oferecendo elementos para reflexões sobre equidade no acesso aos serviços hospitalares no estado.

Dessa forma, este trabalho justificou-se pela necessidade de avaliar de maneira crítica e abrangente os efeitos do PVH nos hospitais de Santa Catarina,

considerando tanto os impactos financeiros e assistenciais quanto a efetividade dessa política pública frente aos desafios estruturais impostos pela defasagem da Tabela SUS. Ao articular essas dimensões, a pesquisa buscou oferecer evidências que pudessem subsidiar gestores públicos e dirigentes hospitalares no aprimoramento das estratégias de financiamento e fortalecimento da rede hospitalar.

1.2 Problema de Pesquisa

De que forma o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), enquanto política pública estadual de apoio à rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina, contribui para o fortalecimento da assistência hospitalar e para a melhoria da saúde pública da população catarinense?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar de que forma o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), enquanto política pública estadual de apoio à rede hospitalar do SUS em Santa Catarina, contribui para o fortalecimento da assistência hospitalar e para a melhoria da saúde pública da população catarinense.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Descrever o funcionamento do PVH, incluindo seus critérios de adesão, financiamento e operacionalização.
2. Mapear os hospitais participantes do programa e a distribuição regional do atendimento no estado.
3. Identificar os dados referentes aos procedimentos realizados no âmbito do PVH, identificando aqueles mais contemplados pelo programa.
4. Verificar as principais contribuições do PVH para a saúde pública catarinense.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico necessário para a compreensão do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) em Santa Catarina, estruturando-se a partir de temas que fundamentam a análise da política pública e da gestão hospitalar. A estrutura parte da conceituação de políticas públicas e programas de incentivos financeiros, avança pela organização e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), discute-se a relevância dos indicadores de desempenho e da equidade regional e culmina na a saúde catarinense e o PVH.

2.1 Políticas públicas de saúde e mecanismos de incentivo financeiro

As políticas públicas podem ser compreendidas como normas elaboradas para o enfrentamento de problemas públicos, representando o fluxo de decisões e ações destinadas a impactar a realidade social (Secchi, 2019). No campo da administração pública, esse conceito evoluiu de uma dicotomia entre política e administração para uma abordagem interdisciplinar, onde a gestão se torna o instrumento de materialização dos direitos fundamentais (Farah, 2016). A governança dessas políticas, exige a articulação entre múltiplos atores e níveis de governo, dependendo de dimensões como a institucionalização, a sustentabilidade e a existência de instrumentos eficazes de coordenação para que sua implementação atinja a efetividade esperada (Nunes, 2024).

Uma política pública de saúde pode ser definida como um conjunto de decisões e ações do poder público, orientadas por valores e diretrizes, destinadas a responder às necessidades de saúde de uma população, por meio da definição de prioridades, da organização de serviços, da alocação de recursos e da implementação de intervenções e programas que promovam o bem-estar coletivo, reduzam riscos e desigualdades em saúde e garantam o direito social à saúde (Brasil, 1998, p. 7).

No contexto das políticas públicas pode ocorrer a implementação de programas, tanto pelo governo federal como pelo estadual e municipal. Na saúde não é diferente, nesse caso os programas de saúde são um conjunto de ações articuladas, com objetivos específicos e metas definidas, desenhadas para

operacionalizar as diretrizes de uma política em um determinado período. Conforme assegura Teixeira (2011), os programas constituem-se como estratégias de intervenção que buscam organizar o cuidado e os recursos disponíveis, visando enfrentar problemas de saúde prioritários ou grupos populacionais específicos dentro da Rede de Atenção à Saúde. Diferente da política, que possui um caráter permanente e de estado, o programa é frequentemente transitório e focado na eficácia operacional dos serviços prestados (Teixeira, 2011).

Dentro desse cenário governamental, os programas de saúde também podem gerar incentivos financeiros. Nesses casos, os incentivos financeiros não se restringem a meros repasses adicionais; eles representam instrumentos de governança e gestão que promovem a eficiência administrativa, a qualidade da assistência e a responsabilidade fiscal das instituições. Segundo Antunes et al. (2011), a contratualização e o uso de sistemas de incentivos são ferramentas cruciais para a indução de mudanças comportamentais e culturais voltadas para o cumprimento de resultados. Esses mecanismos operam sob a lógica da Gestão por Resultados (GpR), buscando otimizar os componentes do processo produtivo para alcançar objetivos organizacionais e sociais mais amplos. Ditterich, Moysés e Moysés (2012) afirmam que os contratos de desempenho e os mecanismos de incentivos profissionais possibilitam a pactuação de metas, indicadores e compromissos que alinham os objetivos institucionais aos princípios constitucionais das políticas públicas, promovendo utilização mais racional e equitativa dos recursos públicos. No entanto, o sucesso dessas políticas depende da capacidade de gestão local, do acompanhamento contínuo e da adaptação às especificidades regionais (Duarte et al., 2023).

O mecanismo de utilizar incentivos nas políticas públicas não é específico apenas em uma determinada área como a saúde, mas também na educação, assistência social, entre outras. No caso específico da saúde, a experiência comparada entre estados brasileiros reforça essa visão. Programas como “Santas Casas Sustentáveis”, em São Paulo, e incentivos estaduais em Minas Gerais demonstram que repasses adicionais vinculados a metas e indicadores de desempenho podem melhorar a sustentabilidade financeira das instituições e ampliar a qualidade dos serviços prestados. Ao mesmo tempo, a literatura adverte

que, quando mal estruturados ou dependentes de repasses temporários, os incentivos podem gerar dependência financeira, comprometer a autonomia administrativa e limitar a capacidade de investimento próprio (Couttolenc e Zucchi, 1998; Marques, Piola & Carrillo Roa, 2016).

Dessa forma, a articulação entre políticas públicas e incentivos financeiros constitui um eixo central para a perpetuidade dos serviços prestados à população. A efetividade desses programas depende da combinação entre repasses adequados, gestão estratégica e governança institucional, garantindo que os recursos adicionais promovam melhorias concretas no acesso, na qualidade e na eficiência dos serviços de saúde.

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): Organização e o Financiamento Hospitalar

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, configurando-se como uma das maiores e mais complexas políticas públicas de saúde do mundo. Sua criação marcou uma ruptura com o modelo anterior, restrito aos trabalhadores previdenciários, ao estabelecer a saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado. Fundamentado nos princípios da universalidade, que garante o acesso a todos os cidadãos; integralidade que implica no atendimento das necessidades de saúde em todos os níveis de complexidade; e equidade, que visa diminuir as desigualdades ao tratar desigualmente os desiguais. O SUS estabelece a saúde como direito, assegurando acesso igualitário aos serviços, atenção integral às necessidades de saúde e a redução das desigualdades regionais (Teixeira, 2011).

Desde sua criação, o sistema passou a operar sob uma lógica descentralizada, com responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios, buscando integrar os diferentes níveis de atenção — básica, média e alta complexidade — em redes regionalizadas de cuidado. Esse arranjo institucional é viabilizado pela regionalização e hierarquização dos serviços, que buscam organizar o atendimento em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para otimizar recursos e garantir a continuidade do cuidado (Marques; Piola; Carrillo Roa, 2016).

O papel dos entes federativos é complementar: Enquanto a União exerce a coordenação normativa e o financiamento majoritário, os Estados atuam na regulação regional e no apoio técnico, e os Municípios na execução direta das ações de saúde. Nesse caso, a rede hospitalar ocupa posição estratégica, concentrando grande parte dos atendimentos especializados, internações, procedimentos cirúrgicos e cuidados intensivos, tornando-se elemento central para a efetivação do direito à saúde.

A inserção dos hospitais na rede assistencial é estratégica, uma vez que estas unidades concentram a maior densidade tecnológica e são responsáveis por atendimentos especializados, internações e procedimentos cirúrgicos. Os hospitais funcionam como pontos de atenção cruciais dentro da rede, devendo atuar de forma integrada com a Atenção Primária à Saúde para garantir o fluxo de referência e contrarreferência. Conforme destacam Prestes et al. (2019), a eficácia dessa inserção depende de sistemas de regulação robustos que permitam o acesso oportuno aos leitos e serviços de apoio diagnóstico.

Dentro da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a média e a alta complexidade (MAC) configuram-se como componentes fundamentais da atenção hospitalar, concentrando procedimentos que demandam maior densidade tecnológica, infraestrutura especializada e profissionais qualificados. Esse nível assistencial exige elevados investimentos financeiros para a oferta de serviços capazes de atender condições agudas e crônicas de maior gravidade. Apesar do caráter universal estabelecido pela Constituição Federal de 1988, o SUS enfrenta desafios históricos relacionados ao financiamento, uma vez que os recursos disponíveis nem sempre são suficientes para garantir a plena efetivação de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nesse contexto, o financiamento do sistema organiza-se de forma tripartite, envolvendo a participação da União, dos estados e dos municípios; contudo, as regras de alocação e distribuição desses recursos nem sempre conseguem assegurar equilíbrio entre as regiões e entre os diferentes níveis de complexidade assistencial, o que contribui para desigualdades na oferta de serviços e na capacidade instalada do sistema de saúde brasileiro (Vianna, 2005; Piola et al., 2013).

No âmbito hospitalar, essas limitações tornam-se ainda mais evidentes. Enquanto hospitais privados lucrativos dispõem de fontes de receita diversificadas, os hospitais públicos e filantrópicos dependem majoritariamente dos repasses do SUS, ficando expostos a instabilidades financeiras decorrentes de atrasos, insuficiências orçamentárias ou mudanças nas políticas de financiamento. Conforme destacam Couttolenc e Zucchi (1998), essa dependência cria uma relação de vulnerabilidade institucional frente ao Estado, reduzindo a autonomia gerencial e restringindo a capacidade de planejamento estratégico das organizações hospitalares.

Além das restrições estruturais de financiamento, persistem desafios relacionados à eficiência e à equidade na aplicação dos recursos disponíveis. Marques, Piola e Carrillo Roa (2016) assinalam que, embora o SUS disponha de normativas voltadas à garantia do acesso universal, a insuficiência de recursos compromete a efetivação desses princípios, gerando gargalos assistenciais e pressionando a gestão das unidades hospitalares.

Diante desse contexto, a gestão financeira no âmbito do SUS demanda não apenas competência administrativa, mas também visão estratégica e capacidade de adaptação às limitações do sistema. Torna-se essencial que os gestores compreendam os mecanismos de financiamento, identifiquem fontes complementares de receita e desenvolvam estratégias de diversificação de recursos sem descaracterizar a missão pública e assistencial das instituições (Leandro, 2025; Motta; De Oliveira, 2019). Essa realidade evidencia a necessidade de políticas públicas capazes de fortalecer a sustentabilidade hospitalar, especialmente em cenários marcados pela defasagem dos repasses federais e pela crescente demanda por serviços de média e alta complexidade.

2.3 Indicadores de Desempenho e Avaliação de Impactos

A gestão hospitalar exige a utilização de ferramentas que permitam mensurar, de forma objetiva, a eficiência das intervenções e a qualidade dos serviços prestados. Sob a ótica da gestão estratégica, os indicadores de desempenho funcionam como ferramentas essenciais para monitorar o progresso em direção aos

objetivos estratégicos, permitindo que a instituição avalie não apenas resultados financeiros passados, mas também as capacidades internas necessárias para o crescimento sustentável (Kaplan; Norton, 1997).

Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados para distinguir a análise da situação sanitária de uma população ou instituição, servindo como instrumentos de vigilância que permitem identificar tendências, embasar o planejamento de políticas públicas e avaliar a eficácia de intervenções no setor de saúde (Brasil, 2008). Segundo Donabedian (1980), a avaliação da qualidade em saúde deve ser analisada sob três pilares fundamentais: a estrutura (recursos físicos e humanos), o processo (as atividades e procedimentos realizados) e o resultado (as mudanças no estado de saúde do paciente e a eficácia da assistência). Essa tríade permite que o gestor identifique em qual etapa da cadeia produtiva hospitalar ocorrem os gargalos ou as eficiências.

Os indicadores financeiros, por sua vez, são fundamentais para compreender a capacidade de um hospital de manter suas operações e atender à demanda crescente por serviços de média e alta complexidade. Entre os mais relevantes estão o resultado operacional, que mede o desempenho econômico considerando receitas, despesas e custos operacionais, o endividamento e a liquidez, que permitem avaliar a capacidade de honrar compromissos de curto e longo prazo, e os repasses públicos, que indicam o grau de dependência financeira em relação ao Estado. Esses indicadores, quando utilizados de forma integrada, fornecem uma visão detalhada sobre a sustentabilidade financeira da instituição e orientam decisões estratégicas sobre alocação de recursos, investimentos e expansão de serviços (Escoval et al., 2007 apud Antunes et al., 2011; Duarte et al., 2023).

Paralelamente, os indicadores assistenciais são indispensáveis para mensurar a efetividade dos serviços prestados à população. Eles contemplam aspectos como número de cirurgias eletivas realizadas, taxa de ocupação de leitos, tempo médio de internação, reinternações em curto prazo, atendimentos de urgência e emergência e indicadores específicos do PVH, como a iniciativa Fila Zero, que visa à eliminação das listas de espera para procedimentos eletivos. A combinação de indicadores financeiros e assistenciais possibilita uma avaliação multidimensional, considerando eficiência, qualidade, acesso e sustentabilidade econômica. Estudos

indicam que, mesmo quando há aumento no financiamento por meio de incentivos, a transformação dos processos assistenciais depende da capacidade de gestão local e do acompanhamento sistemático dos indicadores (Duarte et al., 2023).

O monitoramento constante dessas métricas é o que viabiliza a transparência e a eficácia da gestão pública. Conforme afirma Jannuzzi (2017), o uso sistemático de indicadores é essencial para a avaliação de impactos, servindo como instrumento de responsabilização que assegura que os recursos alocados em políticas públicas, como o PVH, sejam convertidos em benefícios sociais concretos. Para o autor, a análise crítica desses dados permite identificar gargalos operacionais e ajustar fluxos assistenciais, assegurando que os repasses financeiros não apenas sustentem as instituições, mas promovam a melhoria contínua do atendimento à população e a redução das desigualdades no acesso à saúde (Jannuzzi, 2017).

2.4 Equidade regional na Saúde

A equidade em saúde constitui um dos pilares doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentando-se no princípio de que a oferta de cuidados deve ser proporcional às necessidades de cada indivíduo ou grupo, visando a redução de vulnerabilidades e desigualdades injustas (Fiocruz, 2024). No contexto da gestão pública, a equidade regional pressupõe que o território não deve ser um fator de exclusão; pelo contrário, o planejamento deve reconhecer as disparidades socioeconômicas e geográficas para garantir que cidadãos de diferentes localidades tenham as mesmas oportunidades de acesso e qualidade assistencial (Fiocruz, 2024).

Definida pelo Decreto nº 7.508/2011, a região de saúde compreende um espaço geográfico contínuo, formado por agrupamentos de municípios limítrofes, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). A criação de regiões busca superar a fragmentação da assistência, permitindo que a oferta de serviços, desde a atenção básica até a alta complexidade, ocorra de forma coordenada e eficiente dentro de um território compartilhado (Brasil, 2011).

Do ponto de vista da justiça distributiva, a literatura distingue dois níveis de equidade: a horizontal, que preconiza tratamento igual para necessidades iguais, e a vertical, que exige tratamentos diferenciados para indivíduos em condições desiguais, visando atingir um patamar de saúde equivalente (Pereira, 2014). Regionalmente, isso significa que áreas com menores índices de desenvolvimento humano ou maiores vazios assistenciais devem receber incentivos financeiros e estruturais superiores, como os propostos pelo PVH, para compensar suas desvantagens históricas (Pereira, 2014; Brasil, 2024).

Sob a ótica da regulação, a equidade regional enfrenta o desafio de equilibrar a oferta tecnológica e profissional. Conforme destaca o Ibegesp (2024), a desigualdade na distribuição de serviços de média e alta complexidade obriga, muitas vezes, o deslocamento de pacientes de suas regiões de origem, o que evidencia vazios assistenciais que comprometem o princípio da integralidade. Nesse sentido, a equidade não se limita à distribuição igualitária de recursos, mas à implementação de políticas que considerem os determinantes sociais de saúde específicos de cada localidade (Brasil, 2024).

Portanto, a regionalização é a estratégia que viabiliza a equidade. Conforme discutido por Travassos e Castro (2008), o acesso aos serviços de saúde no Brasil ainda é fortemente influenciado pelas desigualdades regionais, onde a concentração de recursos e tecnologias em pólos urbanos acaba por ignorar áreas periféricas ou rurais. Corroborando Albuquerque et al. (2017), a concentração de serviços especializados em grandes polos urbanos cria "desertos de assistência", onde o custo e o tempo de deslocamento tornam-se obstáculos intransponíveis para populações vulneráveis.

Nesse sentido, a equidade regional na saúde, exige que o financiamento e a regulação sejam pensados de modo a compensar essas assimetrias, assegurando que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) funcionem de maneira plena em todas as Regiões de Saúde, independentemente de sua localização ou nível de desenvolvimento econômico (Albuquerque et al., 2017).

2.5 A Saúde em Santa Catarina e o Programa de Valorização dos Hospitais (PVH)

A organização da saúde pública em Santa Catarina antecede a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estando historicamente vinculada a iniciativas filantrópicas, instituições religiosas e à lógica previdenciária que caracterizou o modelo assistencial brasileiro até a década de 1980, quando o acesso aos serviços estava fortemente relacionado ao vínculo formal de trabalho (Ortiga, 1999; Cunha, 2019). Durante o período do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o acesso à assistência hospitalar era condicionado ao vínculo empregatício formal, restringindo a universalidade do atendimento e reforçando a prática da compra de serviços de hospitais privados e filantrópicos como principal mecanismo de provisão assistencial (Ortiga, 1999).

Com a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS, consolida-se o princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a implementação do novo sistema não eliminou de imediato a estrutura hospitalar preexistente. Conforme destaca Ortiga (1999, p. 62), “o ingresso na gestão plena do sistema municipal de saúde representou um marco na autonomia local, permitindo que o município passasse a gerir diretamente os contratos com os prestadores de serviços, incluindo os hospitais filantrópicos localizados em seu território”. Esse movimento aprofundou a descentralização administrativa, mas manteve a lógica contratual como instrumento estruturante do sistema catarinense (Ortiga, 1999).

A municipalização buscou aproximar a gestão das necessidades da população; contudo, como observa Ortiga (1999, p. 115), “a fragmentação da rede e a dependência de serviços contratualizados com o setor privado e filantrópico impuseram limites à garantia da integralidade da atenção”. Assim, mesmo com maior autonomia municipal, a rede hospitalar permaneceu fortemente vinculada a instituições conveniadas ao SUS, consolidando um modelo que combinava responsabilidade pública e execução contratualizada (Ortiga, 1999).

Ao longo dos anos 2000, o Estado de Santa Catarina passou a estruturar de maneira mais sistemática a organização territorial da assistência, consolidando a regionalização como eixo estratégico. De acordo com Rodrigues e Pedron (2023, p.

4), “a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto pela Saúde, que visa a descentralização do sistema e a organização de uma rede de ações e serviços de saúde” (Ortiga, 1999).

O território catarinense foi, então, organizado em 17 Regiões de Saúde, agrupadas em 9 Macrorregiões, buscando garantir equidade no acesso e integralidade da atenção (Rodrigues; Pedron, 2023, p. 6). Essa organização reforçou a compreensão de que os hospitais não atendem apenas ao município onde estão localizados, mas funcionam como referências regionais e macrorregionais, atendendo fluxos assistenciais que ultrapassam limites administrativos (Rodrigues; Pedron, 2023).

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 já apontava que “a organização da rede hospitalar catarinense deve pautar-se pela regionalização, garantindo que os hospitais filantrópicos e municipais atuem de forma integrada como referências para as macrorregiões de saúde” (Santa Catarina, 2011, p. 88). Além de indicar que “a política de incentivos estaduais visa o fortalecimento da contratualização com base em metas de desempenho e qualidade” (Santa Catarina, 2011, p. 134). Paralelamente, intensificou-se a adoção de novos modelos de gestão hospitalar. Conforme destacam Krüger, Hagemann e Hollanda (2015, p. 3), “no estado de Santa Catarina, a partir da década de 2000, intensifica-se o processo de transferência da gestão de serviços públicos de saúde para o setor privado, por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais (OS)”. Assim, consolidou-se um arranjo híbrido no qual coexistem hospitais municipais, estaduais de administração direta, unidades geridas por Organizações Sociais e instituições filantrópicas contratualizadas (Santa Catarina, 2011; Krüger; Hagemann; Hollanda, 2015).

Embora o setor filantrópico mantenha relevância histórica — sendo responsável por parcela expressiva dos leitos hospitalares disponíveis no estado (Cunha, 2019, p. 45) — observa-se, nas últimas décadas, a municipalização de determinadas unidades e a diversificação das formas de gestão, evidenciando que a rede hospitalar catarinense evoluiu para um modelo plural e articulado. Tal estrutura reforça que a saúde pública não se restringe ao ambiente hospitalar, mas integra ações de atenção básica, vigilância epidemiológica, promoção, prevenção e políticas intersetoriais, como saneamento e controle sanitário, elementos indispensáveis à

efetivação do princípio da integralidade previsto constitucionalmente (Cunha, 2019; Santa Catarina, 2011).

Entre 2000 e 2020, portanto, Santa Catarina consolidou um modelo descentralizado, regionalizado e fortemente apoiado em instrumentos de contratualização e metas assistenciais. Essa trajetória histórica revela uma adaptação progressiva das estruturas herdadas do período pré-SUS, incorporando mecanismos de regulação, financiamento condicionado e avaliação de desempenho (Santa Catarina, 2011; Krüger; Hagemann; Hollanda, 2015).

É nesse contexto de evolução institucional e busca por sustentabilidade financeira que o Governo do Estado de Santa Catarina institui, em 2024, o Programa de Valorização Hospitalar (PVH). O programa não surge de forma isolada, mas como desdobramento contemporâneo desse percurso histórico, procurando responder aos desafios de financiamento, eficiência e manutenção da capacidade assistencial de hospitais que atendem demandas regionais e macrorregionais (Santa Catarina, 2011).

O Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) foi instituído pelo Governo do Estado de Santa Catarina como estratégia para fortalecer financeiramente os hospitais que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente as instituições filantrópicas — que ainda representam parcela significativa da oferta de média e alta complexidade — sem excluir outras unidades contratualizadas inseridas na rede regionalizada. O PVH configura-se como evolução da antiga Política Hospitalar Catarinense (PHC), incorporando mecanismos de incentivo vinculados a metas de desempenho e qualidade assistencial, com foco na eficiência, na sustentabilidade financeira e na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (Santa Catarina, 2023).

A criação do programa relaciona-se às limitações históricas enfrentadas pelos hospitais vinculados ao SUS no estado, especialmente diante da defasagem da Tabela SUS, da instabilidade nos repasses e da necessidade de complementação de receitas para manutenção dos serviços (Santa Catarina, 2023).

Assim, o PVH estabelece como objetivos o fortalecimento financeiro das instituições, oferecendo maior previsibilidade orçamentária e reduzindo o risco de déficits operacionais; a redução das filas de espera em cirurgias eletivas e

procedimentos de média e alta complexidade, promovendo maior equidade no acesso; o incentivo à melhoria da gestão hospitalar, por meio do estímulo ao planejamento estratégico, ao controle de custos e ao monitoramento de indicadores; a elevação da qualidade assistencial, incluindo repasses ao cumprimento de metas clínicas e operacionais; e, por fim, a promoção da sustentabilidade financeira de longo prazo, evitando dependência excessiva de aportes estaduais pontuais (Santa Catarina, 2023).

Dessa forma, o PVH busca articular financiamento público e gestão orientada por resultados, alinhando-se ao histórico processo de regionalização e contratualização que caracteriza o SUS catarinense. Ainda que represente avanço na tentativa de qualificar o financiamento hospitalar, permanecem lacunas na produção acadêmica acerca de sua efetividade e de seus impactos concretos na organização da rede assistencial, o que reforça a relevância de investigações que analisem criticamente sua implementação e resultados (Santa Catarina, 2023).

3. METODOLOGIA

Diante dos objetivos e da problemática apresentados, tornou-se necessário definir os procedimentos metodológicos que orientaram o desenvolvimento deste estudo. A metodologia garantiu a coerência entre o problema investigado, os objetivos propostos e as estratégias adotadas para coleta e análise dos dados. Conforme Gil (2008, p. 26), “a escolha do método adequado é condição indispensável para que os resultados da pesquisa sejam válidos e confiáveis”. A seguir, apresentou-se uma síntese da metodologia utilizada, organizada conforme sua natureza, abordagem e procedimentos técnicos.

3.1 Caracterização do estudo

O presente estudo enquadrou-se como básico, pois buscou produzir conhecimento teórico que contribuiu para a compreensão do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) sem a intenção direta de aplicação prática imediata. Conforme Gil (2008), a pesquisa básica visa ampliar o entendimento sobre um fenômeno, produzindo reflexões e interpretações fundamentadas.

A abordagem adotada foi qualitativa, que consistiu na interpretação dos dados coletados, relacionando-os ao contexto da gestão hospitalar e às políticas públicas de financiamento do Sistema Único de Saúde. Conforme Gerhardt e Silveira (2009, p. 34), a pesquisa qualitativa “preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”. Nesse sentido, a análise pretendeu compreender a contribuição do PVH para fortalecer as instituições hospitalares e qualificar os serviços prestados à população.

Quanto aos objetivos, tratou-se de uma pesquisa descritiva, uma vez que buscou caracterizar o Programa de Valorização dos Hospitais enquanto política pública estadual, descrevendo seu funcionamento, os critérios de participação, a distribuição regional dos hospitais contemplados e o perfil dos procedimentos financiados. Esse delineamento permitiu sistematizar informações sobre o fenômeno estudado, sem a pretensão de estabelecer relações de causalidade, mas visando compreender suas características e dinâmica no contexto da rede hospitalar do

SUS. Gil (2008, p. 42) afirma que a pesquisa descritiva visa “descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto aos procedimentos técnicos, classificou-se como pesquisa documental, pois utilizou dados secundários provenientes de documentos oficiais, bases administrativas e normativas institucionais relacionadas ao Sistema Único de Saúde, incluindo informações sobre produção hospitalar e repasses financeiros no estado de Santa Catarina. Esse delineamento possibilitou a sistematização de informações já existentes, sem intervenção direta na realidade estudada, permitindo a análise das características do programa e de sua operacionalização no contexto da rede hospitalar. Nascimento (2016, p. 6) reforça que a pesquisa documental utiliza registros oficiais ou institucionais “visando obter conclusões ou explicações para o presente”. Assim, foram analisadas leis estaduais, portarias, relatórios financeiros e tabelas divulgadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina referentes aos repasses do PVH.

Dessa forma, os elementos metodológicos desta pesquisa articularam-se de maneira coerente, garantindo alinhamento entre problema, objetivos e estratégias de investigação. A síntese das características metodológicas adotadas nesta pesquisa, considerando natureza, abordagem, objetivos e procedimentos técnicos, encontrou-se sistematizada no tabela 01, a fim de apresentar de forma organizada e visual a classificação da pesquisa.

TABELA 01 – Classificação Metodológica da Pesquisa

DIMENSÃO	TIPO ESCOLHIDO	JUSTIFICATIVA
NATUREZA	BÁSICA	Buscou produzir conhecimento teórico analisando dados e documentação fornecida pelo Estado de Santa Catarina.
ABORDAGEM	QUALITATIVA	Que consistiu na interpretação dos dados coletados, relacionando-os ao contexto da gestão hospitalar e às políticas públicas de financiamento do Sistema Único de Saúde.
OBJETIVOS	DESCRITIVA	Porque buscou caracterizar o Programa de Valorização dos Hospitais enquanto política pública estadual, descrevendo seu funcionamento, os critérios de participação, a distribuição regional dos hospitais contemplados e o perfil dos procedimentos financiados.
PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	DOCUMENTAL	Porque foi usado documentos oficiais (leis, relatórios, Power BI (SES/SC)).

Fonte: Autoras (2026)

Após a definição da natureza da pesquisa, da abordagem adotada, dos objetivos estabelecidos e dos procedimentos técnicos selecionados, torna-se fundamental explicitar de que maneira os dados serão obtidos e organizados para viabilizar a análise proposta. Assim, apresenta-se a seguir a descrição detalhada dos procedimentos de coleta de dados, evidenciando as fontes documentais consultadas, os critérios utilizados para seleção das informações e os instrumentos empregados para sistematização dos registros referentes ao Programa de Valorização dos Hospitais (PVH).

3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada exclusivamente em documentos oficiais disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), por meio do portal institucional, na seção referente ao Programa de Valorização dos Hospitais (PVH). Esse ambiente reuniu portarias de pagamentos mensais, deliberações, notas técnicas, relatórios financeiros, termos de compromisso e, especialmente, a Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas, que detalhou os valores pagos por procedimento cirúrgico, utilizando a tecnologia de Power BI disponibilizada pela SES/SC.

Conforme Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 3), a pesquisa documental “utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico, possibilitando ao pesquisador extrair e interpretar informações relevantes”. Dessa forma, o site da SES/SC foi a fonte primária, pois conteve dados oficiais sobre os valores pagos pelo SUS e os repasses complementares do Governo Estadual por meio do PVH.

Além disso, a escolha deste portal como fonte principal de coleta de dados justificou-se pelo fato de que ele concentrou, de forma pública e atualizada, todas as informações, normativas e financeiras relacionadas ao programa. A plataforma organizou os documentos em abas específicas, permitindo acessar rapidamente as tabelas de procedimentos, as atualizações de valores, os repasses mensais realizados aos hospitais e as regulamentações vigentes. Essa estrutura facilitou a rastreabilidade das informações, assegurou a veracidade dos dados analisados e permitiu que o pesquisador acompanhasse eventuais revisões ou novas publicações emitidas pela SES/SC durante o período da pesquisa.

3.2.1 Acesso à fonte de dados

O ponto de partida foi o portal oficial da Secretaria de Estado da Saúde, acessando o menu Serviços → Programa de Valorização dos Hospitais. Nessa página, estavam disponíveis os documentos financeiros e administrativos do programa, incluindo a Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas e as deliberações que regulamentaram os valores repassados.

Além disso, o portal organizou os arquivos em categorias que facilitaram a navegação, permitindo ao pesquisador localizar rapidamente tabelas atualizadas,

relatórios anuais, portarias e documentos normativos. Cada arquivo conteve identificação própria, como número da portaria, data de publicação e a descrição do conteúdo, o que garantiu maior rigor ao processo de coleta. O acesso foi público e gratuito, possibilitando que qualquer usuário verificasse as informações, o que reforçou a transparência do processo de pesquisa.

3.2.2 Seleção dos documentos relevantes

A seleção foi guiada pelo critério de pertinência, priorizando documentos diretamente relacionados ao Programa de Valorização dos Hospitais (PVH). Foram excluídos arquivos que não apresentaram dados que pudessem contribuir com a questão norteadora deste estudo, ou que trataram de programas distintos, evitando dispersão das informações. Também foram observadas eventuais atualizações ou substituições de documentos, assegurando que a versão mais recente fosse utilizada na análise. Esse cuidado metodológico reforçou a confiabilidade dos dados e evitou interpretações baseadas em informações desatualizadas.

Depois dessa identificação inicial, os dados foram organizados em etapas:

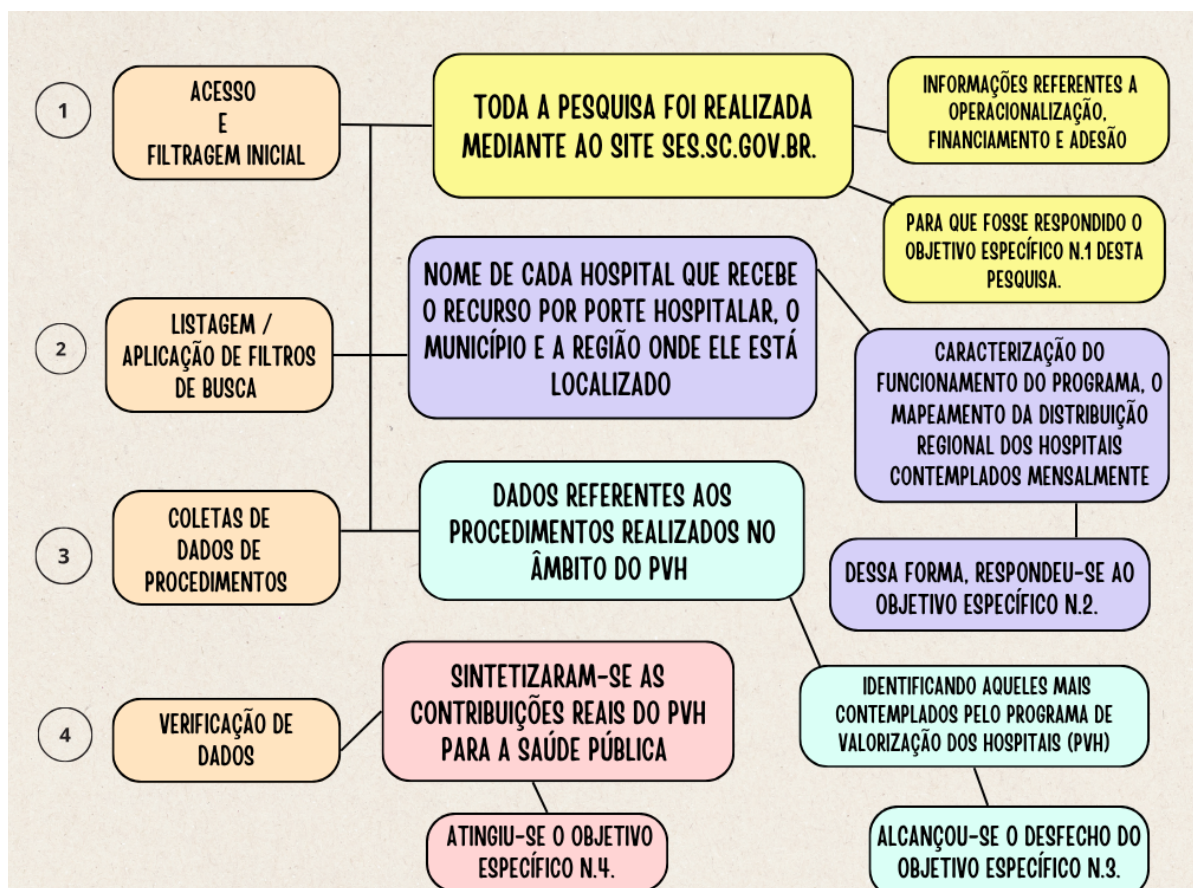
1-Acesso e filtragem inicial – primeiro foram acessadas as informações referentes à operacionalização, financiamento e adesão, para que fosse respondido o objetivo específico n.1 desta pesquisa.

2-Na sequência, foi elaborada uma listagem com o nome de cada hospital que recebeu o recurso por porte hospitalar, o município e a região onde ele estava localizado, permitindo a caracterização do funcionamento do programa e o mapeamento da distribuição regional dos hospitais contemplados. Dessa forma, foi respondido o objetivo específico n.2.

3- Nesse momento, foram coletados os dados referentes aos procedimentos realizados no âmbito do PVH, identificando aqueles mais contemplados pelo programa e, assim, alcançando o objetivo específico n.3. A Figura 01 apresenta, de maneira ilustrativa, as etapas de coleta seguidas.

4- Por fim, foram verificados dados que registraram as contribuições do PVH para a saúde pública catarinense e, assim, foi atingido o objetivo específico n.4.

Figura 01: Etapas da Coleta de Dados



Fonte: Autoras (2026)

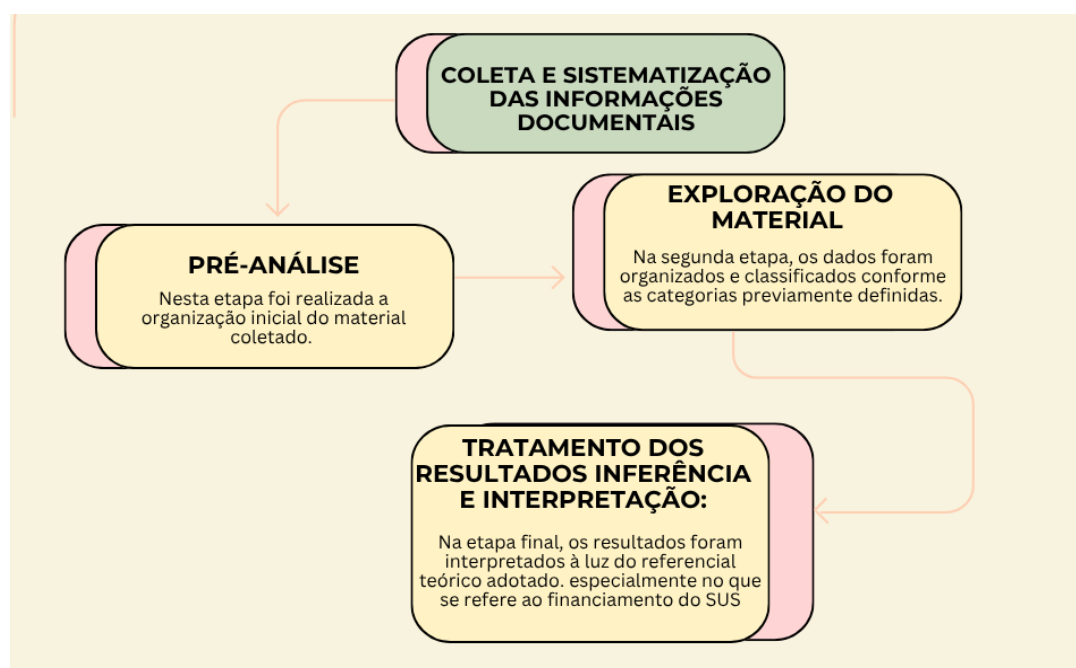
3.3 Análise dos Dados

Após a coleta e sistematização das informações documentais, foi realizada uma análise interpretativa dos dados obtidos, com base em estudos já apresentados no referencial teórico e outras fontes que as pesquisadoras julgaram necessárias sobre financiamento hospitalar, políticas públicas de saúde e gestão de recursos hospitalares. Essa etapa teve o objetivo de relacionar os resultados encontrados com o contexto da gestão hospitalar catarinense, permitindo compreender os efeitos do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) e as suas contribuições para a saúde em Santa Catarina. De acordo com Gil (2019, p. 44), a análise de dados requer “critérios de rigor metodológico, sistematização e fidelidade à fonte”, de modo que os resultados obtidos refletiram de forma fidedigna a realidade estudada. Assim,

o conjunto de etapas propostas buscou garantir transparência, confiabilidade e possibilidade de reconstituição dos resultados por outros pesquisadores, reforçando a consistência científica do estudo.

Para uma melhor condução da análise, foram seguidas as orientações de Minayo (2014), que seguiram as etapas ilustradas pela Figura 03:

Figura 02: Fluxograma de Pesquisa



Fonte: Adaptado de Minayo (2014)

1. Pré-análise: Nesta etapa, os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas, com leitura flutuante dos materiais coletados e a definição das categorias analíticas preliminares, construídas a partir dos objetivos específicos do estudo, tais como: funcionamento do programa; critérios de participação; hospitais contemplados; distribuição regional; perfil dos procedimentos financiados. Essa fase teve como finalidade construir uma visão global do material e preparar o corpus da análise.

2. Exploração do material: Na segunda etapa, os dados foram organizados e classificados conforme as categorias previamente definidas. Os documentos e bases administrativas foram examinados de forma sistemática, permitindo: identificação dos hospitais participantes; agrupamento por regiões de saúde; levantamento dos tipos e volumes de procedimentos realizados.

3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: Na etapa final, os resultados foram interpretados à luz do referencial teórico adotado, especialmente no que se refere ao financiamento do SUS, à gestão hospitalar e às políticas públicas de incentivo. Essa fase buscou articular os achados empíricos com os conceitos discutidos no referencial teórico, permitindo compreender: como o programa se operacionaliza na prática; como os recursos foram distribuídos regionalmente; quais procedimentos foram priorizados; em que medida o programa contribuiu para o fortalecimento da assistência hospitalar. A interpretação foi orientada por uma leitura crítica dos dados, considerando os limites estruturais do financiamento público e os desafios da sustentabilidade hospitalar, conforme preconiza Minayo (2014), ao compreender a análise como um processo de construção de sentidos a partir da realidade estudada.

3.4 Do uso da Inteligência Artificial

Como ferramenta de apoio ao desenvolvimento desta pesquisa, foram utilizadas plataformas de inteligência artificial (IA), especificamente ChatGPT (OpenAI) e Gemini (Google), com a finalidade de auxiliar na organização de ideias, redação preliminar de trechos estruturais e na elaboração de elementos visuais. Destaca-se o uso dessas ferramentas na construção de fluxogramas e representações gráficas das etapas metodológicas, com base em dados brutos previamente coletados e sistematizados pelas pesquisadoras.

Ressalta-se que a Inteligência Artificial não foi utilizada para a coleta de dados, análise de resultados ou interpretação científica. Os procedimentos de pesquisa documental e a análise interpretativa fundamentada no referencial teórico foram realizados integralmente pelas autoras. Todas as informações e elementos visuais gerados com o apoio da IA foram submetidos a rigorosa conferência técnica e revisão humana para garantir a acurácia e o alinhamento com a realidade do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH).

Em conformidade com a Portaria nº 2.664, de 6 de março de 2026, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o uso da IA é explicitamente declarado. As autoras reafirmam a responsabilidade integral pela veracidade, originalidade e integridade do conteúdo final, assegurando que o uso de

tecnologias digitais contribuiu como suporte técnico sem comprometer o rigor metodológico ou a autoria intelectual.

3.5 Ética na Pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa documental que utilizou exclusivamente documentos públicos, não houve necessidade de avaliação do comitê de ética. No entanto, durante o processo de coleta de dados, foram realizados registros visuais (prints de tela) das tabelas, portarias e documentos acessados no portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Esses registros serviram como comprovação documental das fontes utilizadas, garantindo transparência e rastreabilidade das informações analisadas. Cada imagem foi arquivada com identificação da fonte, nome do documento e data de acesso, permitindo conferir a autenticidade dos dados e facilitando sua anexação aos anexos do TCC. Esse procedimento reforçou a confiabilidade da pesquisa e assegurou que todas as evidências consultadas pudessem ser verificadas posteriormente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta e analisa os resultados da pesquisa documental acerca do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), enquanto política pública estadual voltada ao fortalecimento da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina. A partir das informações coletadas em documentos oficiais e bases institucionais, busca-se compreender como o programa tem sido estruturado e implementado, bem como suas implicações para a assistência hospitalar e para a saúde pública no estado.

Inicialmente, são descritos os principais aspectos relacionados ao funcionamento do PVH, incluindo critérios de adesão, mecanismos de financiamento e formas de operacionalização. Na sequência, apresenta-se o mapeamento dos hospitais participantes, evidenciando sua distribuição regional e o alcance territorial do programa. Posteriormente, são analisados os dados referentes aos procedimentos realizados no âmbito do PVH, com o objetivo de identificar aqueles mais contemplados e sua relevância no contexto assistencial.

Por fim, o capítulo discute as principais contribuições do programa para o fortalecimento da assistência hospitalar e para a melhoria das condições de saúde da população catarinense, articulando os achados empíricos com o debate sobre políticas públicas de saúde. Dessa forma, busca-se oferecer uma análise crítica e fundamentada acerca do papel do PVH no contexto do SUS em Santa Catarina.

4.1 Programa de Valorização dos Hospitais (PVH): adesão, operacionalização e financiamento

O Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) constitui-se como uma importante iniciativa no âmbito da política estadual de saúde em Santa Catarina, voltada ao fortalecimento da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreender a sua estrutura de funcionamento é fundamental para analisar seus impactos e alcance, especialmente no que se refere às condições de adesão das instituições, aos mecanismos de operacionalização e às formas de financiamento adotadas. Nesse sentido, este tópico examina os principais elementos que organizam o programa, a partir de informações disponíveis em documentos e fontes

institucionais, buscando evidenciar como tais dimensões se articulam na prática e influenciam a efetividade do PVH no contexto da assistência hospitalar.

4.1.1 Da adesão ao PVH

A adesão ao Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) não acontece de forma automática, sendo um processo que exige o cumprimento de uma série de critérios técnicos, administrativos e assistenciais definidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. De modo geral, trata-se de uma adesão formal, em que os hospitais precisam demonstrar que possuem estrutura, organização e capacidade para atender às exigências do programa dentro da lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) (Santa Catarina, 2023).

Como ponto inicial, é obrigatório que o hospital esteja contratualizado ao SUS. Essa contratualização ocorre por meio de um instrumento formal, que envolve tanto o contrato quanto o plano operativo, no qual são estabelecidas metas de atendimento e de gestão. Essas metas não ficam apenas no papel, sendo acompanhadas e avaliadas posteriormente, o que reforça a responsabilidade do hospital dentro da rede pública (Santa Catarina, 2023).

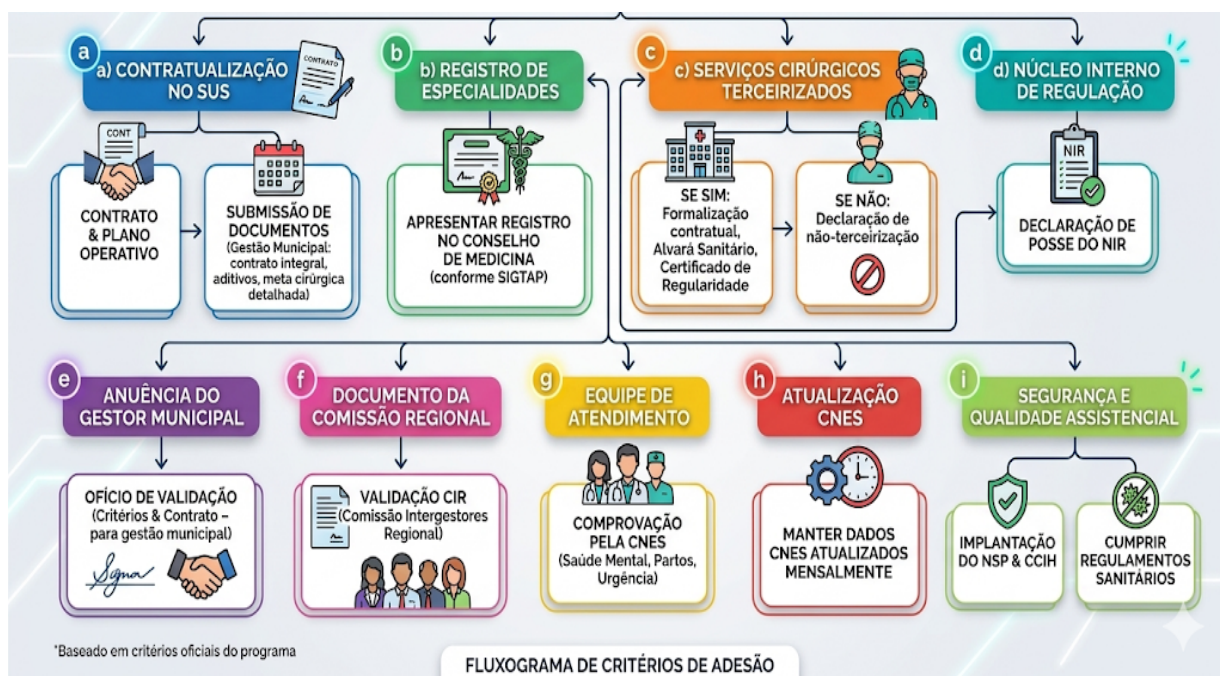
Além disso, o programa exige a apresentação de uma série de documentos que comprovem a regularidade do hospital e dos serviços prestados. Entre eles, destaca-se o registro das especialidades médicas, conforme a tabela SIGTAP, bem como a declaração sobre a existência ou não de serviços terceirizados na área cirúrgica. Nos casos em que há terceirização, é necessário comprovar a regularidade da empresa envolvida, incluindo alvará sanitário e certificações técnicas (Santa Catarina, 2023).

Outro ponto importante diz respeito à organização interna do hospital. Sendo assim, é obrigatória a existência do Núcleo Interno de Regulação (NIR), responsável por organizar o acesso aos serviços e contribuir para o fluxo adequado de pacientes. Além disso, a participação no programa também depende da validação por parte do gestor municipal de saúde e da Comissão Intergestores Regional (CIR), o que garante que o hospital esteja alinhado com as necessidades da sua região (Santa Catarina, 2023).

No que se refere à capacidade assistencial, os hospitais precisam comprovar que possuem equipe adequada para atender áreas consideradas prioritárias pelo programa, como urgência e emergência, saúde mental e assistência ao parto. Essa comprovação é feita por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que deve permanecer atualizado de forma contínua (Santa Catarina, 2023).

Por fim, o programa também exige o cumprimento de critérios relacionados à qualidade e segurança do atendimento. Isso inclui a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), além do atendimento às normas sanitárias vigentes. Esses elementos reforçam que não se trata apenas de acesso ao recurso financeiro, mas de um compromisso com a qualidade da assistência prestada. A Figura 03 apresenta de forma sistematizada os principais critérios exigidos para a adesão ao Programa de Valorização dos Hospitais, facilitando a compreensão das etapas e exigências envolvidas nesse processo (Santa Catarina, 2023).

Figura 03: Fluxograma de Critérios Obrigatórios para Adesão



Fonte: Elaborado com auxílio da inteligência artificial Google Gemini, baseado em Santa Catarina (2023).

A exigência de critérios formais para adesão ao Programa de Valorização dos Hospitais demonstra uma lógica de gestão pública orientada por planejamento, controle e responsabilização institucional. Nesse sentido, Abrucio (2007) quando afirma que a modernização da administração pública depende da criação de mecanismos capazes de alinhar recursos financeiros a metas e resultados concretos, lembra da relevância dos critérios e metas estabelecidos para que os gestores e a população possam ter mais visibilidade das ações governamentais.

Já O'Donnell (1998) destaca que instituições públicas precisam atuar com fiscalização mútua e regras claras, fortalecendo a accountability horizontal. Nesse sentido, ao exigir contratualização com o SUS, plano operativo e acompanhamento posterior das metas pactuadas, o PVH busca superar práticas baseadas apenas no repasse financeiro automático, vinculando o incentivo estadual ao desempenho e à organização dos serviços hospitalares.

Outro aspecto relevante refere-se à exigência documental e à regularidade cadastral das instituições participantes. A necessidade de manter informações atualizadas no CNES, apresentar registros de especialidades e comprovar a legalidade de serviços terceirizados evidencia a importância da informação como ferramenta estratégica de gestão. Para Abrucio (2007), sistemas administrativos eficientes dependem de dados confiáveis para subsidiar decisões e corrigir distorções históricas do setor público. Além disso, O'Donnell (1998) reforça que a transparência administrativa é essencial para limitar falhas institucionais e ampliar a confiança pública. Nessa perspectiva, Santos (2009) destacam que o uso de indicadores e de processos de monitoramento e avaliação contribui para a qualificação da gestão, possibilitando a identificação de fragilidades, o acompanhamento das ações e o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde, reforçando o papel da informação como elemento central para a tomada de decisão e o fortalecimento da gestão pública.

Na realidade catarinense, marcada por hospitais com perfis distintos e distribuídos em diferentes regiões, a padronização dessas informações permite maior transparência, melhor planejamento regional e distribuição mais adequada dos incentivos do programa. A obrigatoriedade de estruturas como o Núcleo Interno de Regulação (NIR), o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Comissão de

Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) também revela que o programa não se limita ao financiamento, mas incorpora dimensões relacionadas à qualidade assistencial.

Conforme Abrucio (2007), modelos contemporâneos de gestão pública tendem a associar investimento financeiro à capacidade institucional dos prestadores. No contexto do SUS catarinense, isso representa avanço importante, pois fortalece processos internos, melhora o fluxo de pacientes e incentiva práticas voltadas à segurança e à efetividade do cuidado hospitalar.

Além disso, a necessidade de validação pelo gestor municipal e pela Comissão Intergestores Regional (CIR) demonstra que a adesão ao PVH considera a lógica federativa do SUS, baseada na cooperação entre diferentes entes públicos. Abrucio (2007) destaca que políticas públicas mais efetivas dependem de articulação entre níveis de governo, especialmente em sistemas descentralizados como o brasileiro.

Complementando essa visão, O'Donnell (1998) aponta que mecanismos institucionais de controle e coordenação fortalecem a legitimidade das ações estatais. Assim, ao envolver instâncias regionais e municipais no processo de adesão, o programa amplia a integração entre Estado e municípios, buscando alinhar os hospitais às necessidades locais de saúde.

A partir da adesão e do cumprimento desses requisitos, o programa passa a estruturar a forma como os hospitais serão organizados e financiados dentro da rede. Nesse sentido, torna-se necessário compreender como ocorre a operacionalização do PVH, especialmente no que se refere à classificação dos hospitais por porte, à definição dos incentivos financeiros e aos mecanismos utilizados para ampliar e qualificar a oferta de serviços, como é o caso da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas.

4.1.2 Da Operacionalização do PVH

Após a adesão ao programa, o próximo passo envolve entender como ele funciona na prática. Nesse sentido, o PVH utiliza um sistema de pontuação para organizar os hospitais dentro da rede de saúde e definir o nível de incentivo financeiro que cada um irá receber. Esse sistema não é aleatório, pois leva em

consideração a estrutura do hospital, os serviços ofertados e a sua capacidade de atendimento. A partir disso, o programa consegue classificar os hospitais de forma mais justa, respeitando suas diferenças e direcionando melhor os recursos disponíveis (Santa Catarina, 2023).

A primeira parte da pontuação está relacionada aos critérios estruturais e operacionais dos hospitais. Entre os principais pontos avaliados estão o número de leitos (exceto UTI), a quantidade de leitos de UTI (adulto, pediátrico e neonatal), a taxa de ocupação hospitalar e a quantidade de clínicas com internação. Esses critérios ajudam a identificar o porte físico e a capacidade instalada da instituição, ou seja, o quanto o hospital está preparado para atender à demanda da população. De forma geral, quanto maior a estrutura e a complexidade dos serviços oferecidos, maior tende a ser a pontuação obtida (Santa Catarina, 2023), como apresentado na figura 04.

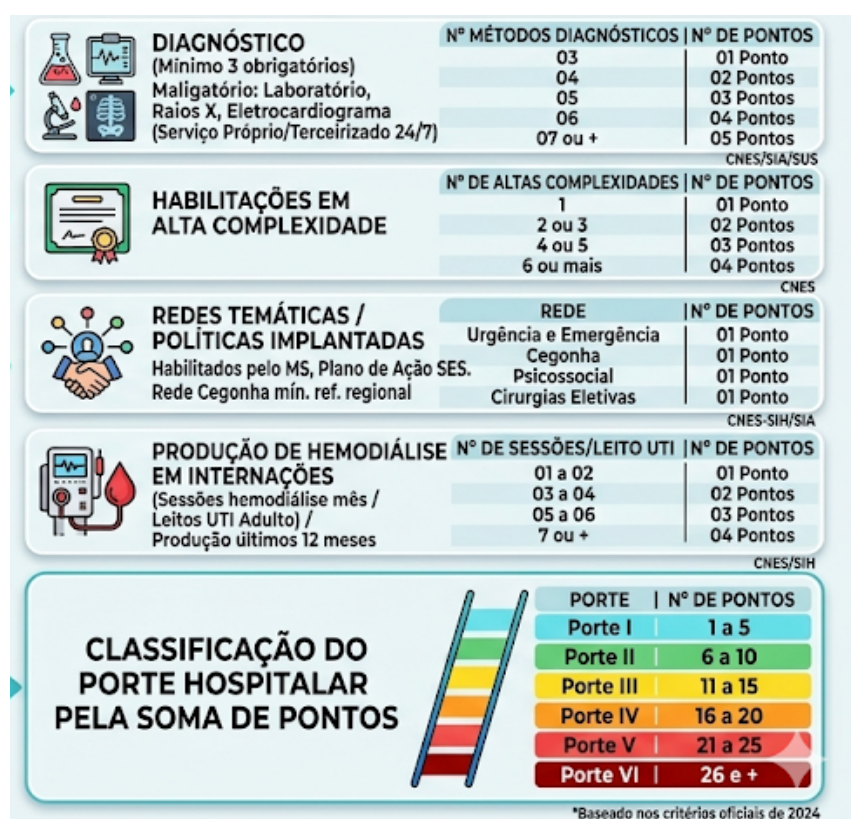
Figura 04: Critérios para definição de porte para as unidades hospitalares- Parte 01

	Nº DE LEITOS (Exceto UTI) Mínimo de 20 leitos para inclusão Fonte: CNES	Nº DE LEITOS	Nº DE PONTOS
		20-49 50-100 101-200 + de 200	01 Ponto 02 Pontos 03 Pontos 04 Pontos
	Nº DE LEITOS UTI ADULTO A partir de 5 leitos habilitados Fonte: CNES	Nº DE LEITOS	Nº DE PONTOS
		5-10 11-20 21-30 Acima de 31	01 Ponto 02 Pontos 03 Pontos 04 Pontos
	Nº DE LEITOS UTI PEDIÁTRICO A partir de 1 leito habilitado Fonte: CNES	Nº DE LEITOS	Nº DE PONTOS
		1-10 11-20 21-30 Acima de 31	01 Ponto 02 Pontos 03 Pontos 04 Pontos
	Nº DE LEITOS UTI NEONATAL A partir de 1 leito habilitado Fonte: CNES	Nº DE LEITOS	Nº DE PONTOS
		1-10 11-20 21-30 Acima de 31	01 Ponto 02 Pontos 03 Pontos 04 Pontos
	TAXA DE OCUPAÇÃO GERAL Mínimo de 20% para inclusão Fonte: CNES/SIH/SUS	TAXA DE OCUPAÇÃO	Nº DE PONTOS
		20% a 39,99% 40% a 59,99% 60% a 79,99% 80 % ou mais	01 Ponto 02 Pontos 03 Pontos 04 Pontos
	QUANTIDADE DE CLÍNICAS (Mínimo 2) Obstetria (I): Min. 200 partos/ano Pediatria/Psiquiatria (I): Min. 100 internações/ano Fonte: SIH/SUS	TIPO DE CLÍNICAS	Nº DE PONTOS
		02 clínicas I 03 clínicas II Situação I + Obstetria III Situação I + Alta Complexidade IV Situação III + Alta Complexidade V	01 Ponto 02 Pontos 03 Pontos 04 Pontos 05 Pontos

Fonte: Elaborado com auxílio da inteligência artificial Google Gemini, baseado em dados de Santa Catarina (2023).

Na sequência, a pontuação passa a considerar aspectos mais voltados à complexidade e à qualidade dos serviços prestados. São analisados os métodos diagnósticos disponíveis, as habilitações em alta complexidade, a inserção em redes temáticas de saúde e a produção de procedimentos específicos, como a hemodiálise. Esses elementos complementam a avaliação estrutural, permitindo uma visão mais completa do papel do hospital dentro da rede de atenção à saúde (Santa Catarina, 2023), como pode ser observado na figura 05, a soma desses critérios resulta na classificação final por porte hospitalar, que servirá de base para a definição dos incentivos financeiros do programa.

Figura 05: Critérios para definição de porte para as unidades hospitalares-
Parte 02



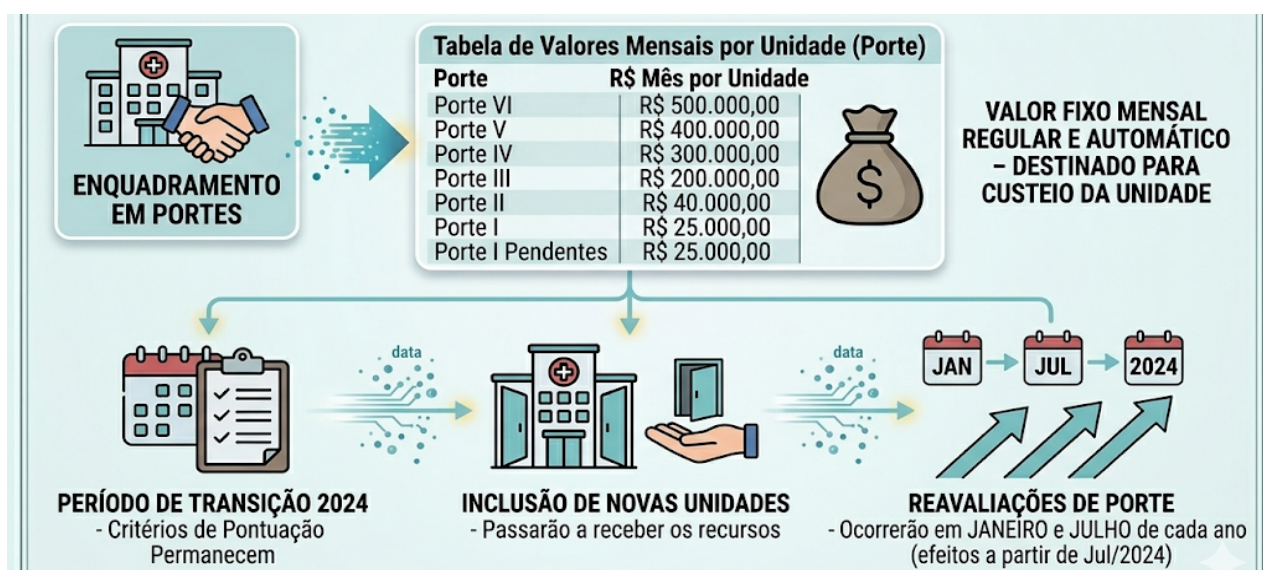
Fonte: Elaborado com auxílio da inteligência artificial Google Gemini, baseado em Santa Catarina (2023).

Após a definição do porte hospitalar, o programa passa a estabelecer a forma de repasse financeiro para cada unidade. Essa classificação não tem apenas caráter organizacional, mas está diretamente relacionada ao valor que cada hospital irá

receber mensalmente. Ou seja, quanto maior o porte e a complexidade da instituição, maior tende a ser o incentivo financeiro destinado, considerando sua capacidade de atendimento e o volume de serviços prestados dentro da rede pública (Santa Catarina, 2023).

Nesse contexto, o Programa de Valorização dos Hospitais define um incentivo financeiro fixo mensal por porte hospitalar, destinado ao custeio das atividades das unidades. Esse repasse ocorre de forma regular e automática, compondo a base do financiamento do programa. Além disso, há previsão de reavaliação periódica dos portes, o que pode impactar diretamente nos valores recebidos pelos hospitais ao longo do tempo (Santa Catarina, 2023). Os valores correspondentes a cada porte estão apresentados na figura 06.

Figura 06: Incentivo Catarinense por porte



Fonte: Elaborado com auxílio da inteligência artificial Google Gemini, baseado em Santa Catarina (2023).

Além do incentivo fixo por porte hospitalar, o Programa de Valorização dos Hospitais também prevê incentivos financeiros complementares voltados a áreas específicas da assistência, como saúde mental e atenção ao parto. Esses incentivos têm como objetivo ampliar e qualificar serviços considerados estratégicos dentro da rede pública de saúde. No caso da saúde mental, o programa estabelece um repasse financeiro adicional para hospitais que disponibilizam leitos destinados a

esse tipo de atendimento, considerando critérios relacionados à estrutura, equipe multiprofissional e organização do serviço. O incentivo é composto por um valor fixo mensal, acrescido de um valor variável por leito disponibilizado, o que estimula a ampliação da oferta desse tipo de atendimento (Santa Catarina, 2023).

De forma semelhante, o incentivo voltado às maternidades e aos serviços de parto busca garantir a sustentabilidade desses atendimentos, especialmente em unidades consideradas referência regional. Nesse caso, os repasses estão relacionados, entre outros fatores, ao volume de partos realizados e à qualidade da assistência, incluindo indicadores como a taxa de partos normais (Santa Catarina, 2023).

A avaliação do modelo de operacionalização do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) evidencia a adoção de critérios técnicos explícitos e sistematizados para a classificação das unidades hospitalares e a definição dos incentivos financeiros, o que contribui para maior transparência e racionalidade na alocação de recursos públicos. Ao considerar variáveis como capacidade instalada, número de leitos, complexidade assistencial e volume de produção, o programa se aproxima de modelos de gestão orientados por desempenho, nos quais a distribuição de recursos é fundamentada em parâmetros objetivos e verificáveis. Essa lógica favorece maior previsibilidade no processo decisório e reforça mecanismos de responsabilização na gestão pública (Abrucio, 2007).

Por outro lado, essa estrutura apresenta limitações importantes. A centralidade atribuída a indicadores quantitativos tende a privilegiar dimensões mensuráveis da assistência, podendo reduzir a visibilidade de aspectos qualitativos do cuidado. Nesse sentido, a avaliação em saúde deve considerar não apenas a estrutura e os resultados, mas também os processos envolvidos na atenção (Donabedian, 1980).

Além disso, a utilização de critérios relacionados à capacidade instalada e ao desempenho assistencial pode favorecer hospitais já mais estruturados, que tendem a obter maior pontuação e, conseqüentemente, maior volume de recursos. Essa dinâmica pode contribuir para a manutenção de desigualdades regionais e institucionais, uma vez que diferentes contextos organizacionais influenciam

diretamente a forma como os serviços de saúde são estruturados e operados (Fausto et al., 2010).

Por fim, a vinculação de recursos a critérios específicos pode gerar comportamentos estratégicos por parte das instituições. Estudos brasileiros mais recentes mostram que modelos de financiamento baseados em desempenho podem levar organizações e profissionais a direcionarem suas práticas para o cumprimento de indicadores, o que nem sempre atende às reais necessidades de saúde da população. Ao analisar a Atenção Primária à Saúde no Brasil, Bezerra et al. (2024) identificaram que a lógica de incentivo vinculada a metas pode estimular ações voltadas a resultados mensuráveis, priorizando aspectos quantitativos e deixando em segundo plano dimensões mais amplas do cuidado e da integralidade da assistência no Sistema Único de Saúde. Assim, embora o PVH represente um avanço na organização do financiamento hospitalar, sua operacionalização exige acompanhamento contínuo para garantir que os critérios adotados promovam, de fato, equidade e qualidade na atenção à saúde.

A partir dessa estrutura de repasses que envolve tanto o incentivo fixo por porte quanto os incentivos complementares torna-se possível compreender de forma mais aprofundada como se organiza o financiamento do Programa de Valorização dos Hospitais. Nesse sentido, o próximo tópico busca detalhar as fontes de recursos, os critérios de distribuição e os mecanismos utilizados para viabilizar financeiramente o programa dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (Santa Catarina, 2023).

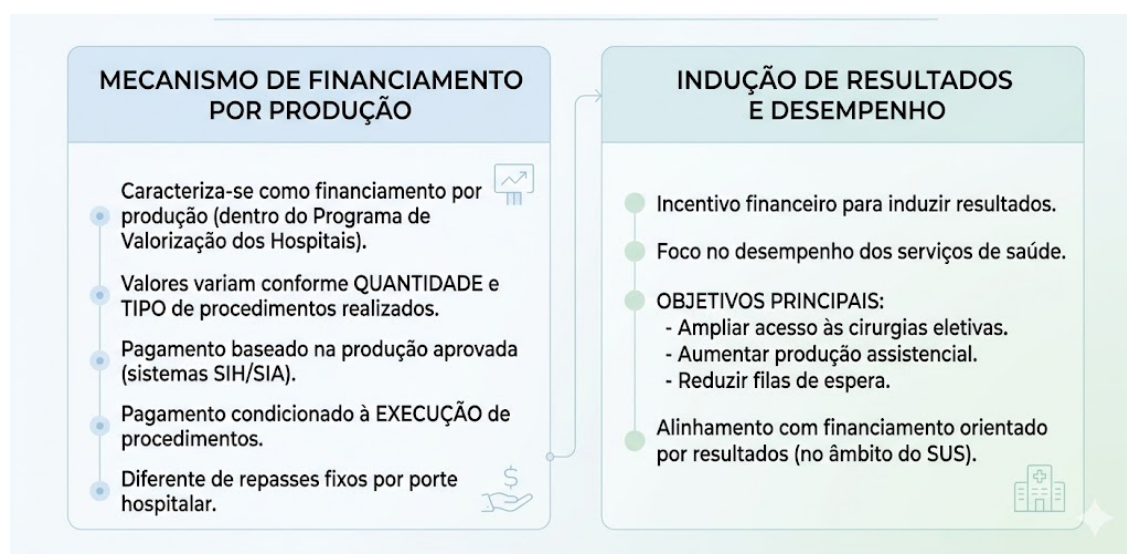
4.1.3 Do Financiamento

Após a definição dos incentivos financeiros do programa, incluindo os repasses fixos por porte e os incentivos complementares, observa-se a existência de mecanismos que garantam equilíbrio e sustentabilidade financeira às unidades hospitalares. Nesse sentido, o Programa de Valorização dos Hospitais prevê a aplicação do chamado fator de correção, que tem como objetivo assegurar que nenhuma instituição receba valores inferiores aos anteriormente praticados na Política Hospitalar Catarinense, desde que não haja redução na oferta de serviços

ou na capacidade instalada. Esse mecanismo atua como uma estratégia de proteção financeira, reduzindo impactos negativos decorrentes da transição entre modelos de financiamento (Santa Catarina, 2023).

Para melhor compreensão da estrutura desse modelo, a Figura 07 apresenta de forma esquemática o funcionamento da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas, destacando tanto o mecanismo de financiamento por produção quanto a lógica de indução de resultados e desempenho. A representação permite visualizar como o incentivo financeiro está diretamente vinculado à execução dos procedimentos e ao alcance de objetivos assistenciais, reforçando o alinhamento do programa com a lógica de financiamento orientado por resultados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 07: Mecanismo de financiamento e indução de resultados da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas (2023)



Fonte: Elaboração própria (2026), com base em Santa Catarina (2023), com apoio da ferramenta de inteligência artificial Google Gemini para a representação gráfica.

A Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas, embora esteja diretamente relacionada à organização da oferta de procedimentos, caracteriza-se principalmente como um mecanismo de financiamento por produção dentro do Programa de Valorização dos Hospitais. Isso porque os valores pagos aos prestadores não são fixos, mas variam conforme a quantidade e o tipo de

procedimentos realizados, sendo calculados com base na produção aprovada nos sistemas SIH/SIA (Santa Catarina, 2023).

Essa forma de financiamento dialoga diretamente com os mecanismos de incentivos financeiros discutidos no referencial teórico, especialmente a partir das contribuições de Antunes et al. (2011), que destacam os incentivos como instrumentos de indução de resultados, e de Ditterich, Moysés e Moysés (2012), ao enfatizarem a pactuação de metas e indicadores como forma de alinhar o desempenho institucional aos objetivos das políticas públicas. Ademais, conforme Duarte et al. (2023), a efetividade desses mecanismos depende do monitoramento contínuo e da capacidade de gestão local.

Nesse modelo, o hospital só recebe mediante a execução dos procedimentos, o que diferencia esse tipo de incentivo dos repasses fixos por porte hospitalar, anteriormente apresentados. Dessa forma, a tabela atua como um instrumento financeiro que busca, além de ampliar o acesso às cirurgias eletivas, induzir o aumento da produção assistencial e a redução das filas de espera, alinhando-se à lógica de financiamento orientado por resultados no âmbito do SUS (Santa Catarina, 2023).

Na sequência, o Programa de Valorização dos Hospitais estabelece diretrizes operacionais e instrumentos de acompanhamento para garantir a efetividade dos recursos repassados. O monitoramento do programa é realizado a partir de deliberações específicas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que definem o fluxo e as responsabilidades de acompanhamento. Esse processo envolve a análise contínua das ações desenvolvidas pelos hospitais, bem como a avaliação da execução dos serviços financiados pelo programa (Santa Catarina, 2023).

Além disso, o monitoramento do PVH e da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas também conta com instâncias de gestão e controle, como as comissões responsáveis e a própria Secretaria de Estado da Saúde. Esse monitoramento permite avaliar se os recursos estão sendo aplicados conforme previsto e, ainda, possibilita ajustes na execução do programa, garantindo maior transparência, controle e efetividade na utilização dos recursos públicos (Santa Catarina, 2023).

A partir desses elementos que envolvem diferentes formas de repasse financeiro e o monitoramento contínuo da execução é possível compreender o

Programa de Valorização dos Hospitais para além de um simples modelo de financiamento. O programa se configura como uma estratégia de gestão pública voltada à melhoria do desempenho hospitalar, à qualificação da assistência e à ampliação do acesso aos serviços de saúde (Santa Catarina, 2023).

Nesse sentido, observa-se que o PVH incorpora princípios da gestão por resultados, conforme discutido na literatura. Os incentivos financeiros, especialmente aqueles vinculados à produção e ao desempenho, atuam como instrumentos capazes de direcionar o comportamento das instituições, estimulando maior eficiência na utilização dos recursos e alinhamento com as demandas do sistema de saúde (Antunes et al., 2011; Ditterich, Moysés e Moysés, 2012).

Ainda é importante destacar que a articulação entre diferentes formas de repasse e o acompanhamento contribui para maior previsibilidade financeira das instituições hospitalares, ao mesmo tempo em que reforça a responsabilização pelo cumprimento de metas e pela qualidade dos serviços prestados. Essa combinação evidencia o financiamento como um instrumento não apenas de sustentação, mas também de indução de mudanças organizacionais no âmbito hospitalar (Escoval et al., 2007 apud Antunes et al., 2011; Duarte et al., 2023).

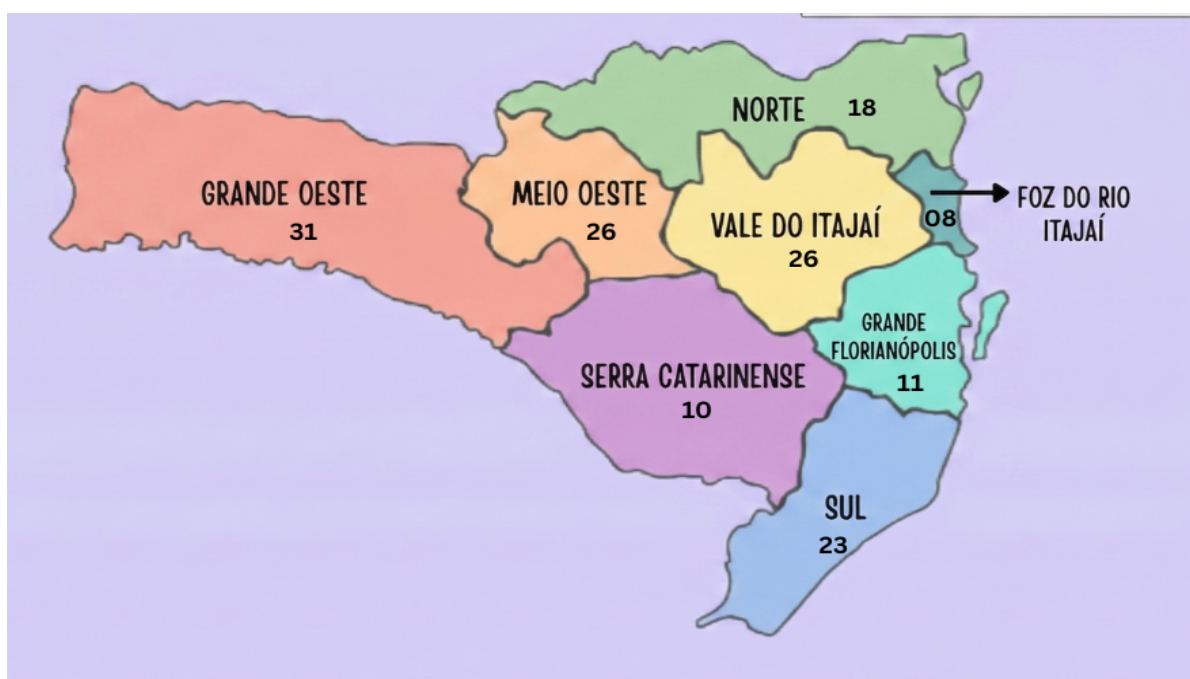
Por outro lado, a efetividade desse tipo de política depende da capacidade de gestão local e do acompanhamento sistemático dos resultados. Sem esse suporte, há o risco de que os incentivos não se traduzam em melhorias concretas na assistência à saúde, comprometendo não apenas a eficiência dos serviços prestados, mas também o acesso oportuno da população e a qualidade do cuidado ofertado (Duarte et al., 2023).

A partir dessa compreensão do programa, torna-se importante observar como ele se materializa no território catarinense. Nesse sentido, a análise passa a considerar a distribuição dos hospitais participantes do PVH entre as diferentes regiões de saúde do estado, permitindo visualizar como essas unidades estão organizadas regionalmente. Essa abordagem possibilita compreender a presença do programa no território, identificando a quantidade de hospitais por região e sua inserção na rede de atenção à saúde, contribuindo para uma visão mais concreta da abrangência do PVH em Santa Catarina.

4.2 Os hospitais participantes do PVH e sua distribuição regional

A participação dos hospitais no Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) e sua distribuição regional constituem elementos centrais para a compreensão do alcance e da equidade dessa política pública no estado de Santa Catarina. A análise da localização das instituições participantes permite identificar padrões de cobertura, possíveis concentrações regionais e eventuais desigualdades no acesso aos recursos e incentivos do programa. Nesse sentido, este tópico apresenta o mapeamento dos hospitais vinculados ao PVH, com base em informações institucionais, buscando evidenciar como se configura a distribuição territorial do atendimento e quais implicações essa configuração pode ter para o fortalecimento da rede hospitalar e para a garantia da assistência à saúde no âmbito do SUS. Para facilitar a visualização, apresenta-se a figura 08 que sinaliza a distribuição dos hospitais beneficiados pelo PVH pelas regiões de saúde do território catarinense.

Figura 08: Mapa das regiões de saúde de Santa Catarina e a cobertura dos hospitais beneficiados pelo PVH



Fonte: Elaborado com auxílio da inteligência artificial Google Gemini, baseado em Santa Catarina (2023)

A leitura do mapa das macrorregiões de Santa Catarina evidencia que a região do Grande Oeste se destaca por concentrar o maior número de instituições hospitalares contempladas pelo Programa de Valorização Hospitalar, totalizando 31 unidades participantes. Conforme os dados do painel, essas instituições estão classificadas de acordo com a gestão do recurso, sendo identificadas como de gestão estadual ou municipal, sem distinção direta quanto à sua natureza jurídica, o que limita uma análise mais aprofundada sobre o perfil institucional da rede hospitalar regional. (Santa Catarina, 2026).

Dessa forma, a partir da consulta ao Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da macrorregião do Grande Oeste, verifica-se a predominância de hospitais classificados como entidades sem fins lucrativos. O documento evidencia que a estrutura hospitalar da região é composta majoritariamente por instituições filantrópicas, com presença de poucos hospitais de gestão pública direta e destaque para unidades hospitalares de referência regional responsáveis pelo atendimento de maior complexidade (Santa Catarina, 2020).

No que se refere ao financiamento, constata-se que a região recebe um volume expressivo de recursos mensais por meio do programa. A previsão total de incentivos por porte hospitalar atinge aproximadamente R\$6.960.151,08 enquanto a previsão de valores relacionados à produção cirúrgica alcança cerca de R\$8.210.335,88 evidenciando a relevância da macrorregião na execução de procedimentos hospitalares dentro do estado. Esses valores são distribuídos conforme critérios como porte da instituição e capacidade de realização de procedimentos, especialmente cirúrgicos (Santa Catarina, 2026).

A distribuição dos recursos demonstra concentração nos hospitais de maior porte e complexidade assistencial. Destacam-se instituições como o Hospital Regional do Oeste, em Chapecó, e o Hospital Regional São Paulo, em Xanxerê, que apresentam os maiores volumes de repasse mensal, ultrapassando R\$2 milhões e R\$1,6 milhão, respectivamente. Outros hospitais, como o Hospital São José de Maravilha e o Hospital Santa Luzia de Ponte Serrada, também apresentam valores relevantes. Em contrapartida, a maioria dos estabelecimentos recebe valores inferiores, variando entre R\$50 mil e R\$150 mil mensais, refletindo diferenças na

capacidade instalada e no nível de complexidade dos serviços prestados (Santa Catarina, 2026).

Esse cenário não apenas indica a baixa presença de hospitais de gestão pública direta, mas também sugere limitações estruturais na capacidade dos municípios em implantar e manter unidades hospitalares próprias, especialmente em uma região de grande extensão territorial e menor densidade populacional. Nesse contexto, observa-se a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à ampliação da rede hospitalar pública municipal ou ao incentivo de modelos de gestão que promovam maior autonomia local, reduzindo a dependência histórica de entidades filantrópicas para a prestação de serviços hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (Santa Catarina, 2020; IBGE, 2018; IBGE, 2025).

A tabela 01 foi elaborada como instrumento complementar de visualização comparativa, relacionando a população estimada, a quantidade de hospitais participantes do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) e os valores financeiros destinados às diferentes regiões do estado, com base em dados do painel oficial da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Santa Catarina, 2026).

Para sua construção, utilizaram-se dados populacionais do IBGE e informações financeiras disponibilizadas no painel Power BI estadual. No caso do Meio-Oeste e da Serra Catarinense, os valores e quantitativos foram consolidados por meio da soma das respectivas regiões de saúde, possibilitando comparação proporcional com as demais macrorregiões analisadas (Santa Catarina, 2026; IBGE, 2025).

Dessa forma, a figura 08 permite observar, de maneira mais objetiva, a relação entre contingente populacional potencialmente atendido, número de unidades hospitalares disponíveis e volume total de recursos direcionados a cada território, qualificando a análise sobre distribuição regional do programa e acesso aos serviços hospitalares.

Tabela 02: Distribuição regional dos hospitais participantes do PVH, população estimada e valores financeiros por macrorregião de Santa Catarina.

Macrorregião	População Total (2022)	População Est. Total (2025)	Hospitais por Macrorregião	Total Incentivos PVH (R\$)	Valor Cirúrgico Previsto (R\$)
Norte e Planalto Norte	1.371.493	1.481.564	18	R\$ 9.908.441,81	R\$ 8.183.780,74
Grande Florianópolis	1.304.593	1.442.203	11	R\$ 1.484.000,00	R\$ 3.831.727,46
Foz do Rio Itajaí	884.228	988.611	8	R\$ 4.636.624,32	R\$ 6.933.291,55
Vale do Itajaí	1.050.400	1.127.340	26	R\$ 12.863.850,54	R\$ 12.481.989,54
Meio-Oeste e Serra	913.360	954.000	36	R\$ 12.154.743,17	R\$ 12.202.065,24
Grande Oeste	925.334	984.773	31	R\$ 6.960.165,42	R\$ 8.210.338,88
Sul	1.160.953	1.229.430	23	R\$ 9.539.786,13	R\$ 11.333.878,24
TOTAL GERAL (SC)	7.610.361	8.207.927	153	R\$ 54.804.909,01	R\$ 59.531.311,58

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em dados do IBGE (2022; 2025) e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Painel Power BI PVH (2026).

A caracterização das macrorregiões catarinenses evidencia que o território estadual apresenta importante diversidade demográfica, econômica e espacial, marcada pela presença de áreas densamente urbanizadas, polos industriais consolidados e municípios de pequeno porte distribuídos pelo interior. Conforme discutem Moraes, Guarda e Zacchi (2017), Santa Catarina possui arranjos territoriais complexos, nos quais a descentralização populacional e a multiplicidade regional exigem modelos específicos de planejamento e gestão pública. Essa heterogeneidade também se reflete na organização da saúde, especialmente na distribuição hospitalar e na aplicação dos recursos do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), cuja análise permite compreender diferenças estruturais entre as macrorregiões (Moraes et al., 2017).

Na macrorregião Norte e Planalto Norte, com população estimada em 1,48 milhão de habitantes no ano de 2025, estão localizados 18 hospitais participantes do programa. A região recebeu cerca de R\$9,9 milhões em incentivos do PVH, além de aproximadamente R\$8,2 milhões voltados ao componente cirúrgico. Trata-se de uma área economicamente dinâmica, impulsionada por polos industriais como Joinville, Jaraguá do Sul e São Bento do Sul, mas que também abrange municípios menores. Esse cenário exige equilíbrio entre a alta demanda urbana e a necessidade de atendimento regionalizado. (Santa Catarina, 2026; Moraes et al., 2017; IBGE, 2018; IBGE, 2025).

A Grande Florianópolis apresenta população estimada em 1,44 milhão de habitantes e conta com 11 hospitais contemplados. Nessa macrorregião, os incentivos do PVH somam cerca de R\$1,5 milhão, enquanto o componente cirúrgico representa aproximadamente R\$3,8 milhões. Embora não possua o menor número de hospitais entre as regiões analisadas, registra o menor valor de incentivo do programa em comparação às demais macrorregiões. Esse cenário pode ser explicado por sediar a capital do estado, onde se concentram hospitais regionais, unidades públicas estratégicas e serviços de alta complexidade que atendem não apenas a população local, mas pacientes encaminhados de diferentes regiões de Santa Catarina. Dessa forma, a Grande Florianópolis exerce papel central na rede estadual de saúde (Santa Catarina, 2026; IBGE, 2018; IBGE, 2025).

Na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, a população estimada alcança 988 mil habitantes, atendidos por 8 hospitais participantes. Os repasses analisados correspondem a cerca de R\$4,6 milhões em incentivos e R\$6,9 milhões destinados ao componente cirúrgico. A região abriga centros urbanos dinâmicos, como Itajaí e Balneário Camboriú, fortemente influenciados pelas atividades portuárias, logísticas e turísticas. Esse perfil contribui para oscilações sazonais da demanda assistencial, exigindo capacidade hospitalar permanente (Santa Catarina, 2026; IBGE, 2018; IBGE, 2025).

O Vale do Itajaí registra uma das estruturas hospitalares mais expressivas entre as macrorregiões estudadas, com 26 hospitais voltados ao atendimento de população estimada em 1,12 milhão de habitantes. Os valores ultrapassam R\$12,8 milhões em incentivos financeiros e R\$12,4 milhões no componente cirúrgico, os maiores entre todas as regiões analisadas. Tal resultado relaciona-se à elevada densidade econômica e urbana regional, que reúne municípios como Blumenau, Brusque e Rio do Sul, historicamente industrializados e com rede hospitalar consolidada. (Santa Catarina, 2026, IBGE, 2018; IBGE, 2025).

A macrorregião Meio-Oeste e Serra Catarinense possui população estimada em 954 mil habitantes, porém concentra 36 hospitais, o maior quantitativo entre todas as regiões avaliadas. Para essa estrutura, observam-se cerca de R\$9,4 milhões em incentivos e R\$8,5 milhões destinados ao componente cirúrgico. O dado demonstra a necessidade de maior capilaridade assistencial em razão das longas

distâncias territoriais, do relevo acidentado e da presença de numerosos municípios de pequeno porte. Nessas áreas interiorizadas, a dispersão populacional exige maior número de unidades para assegurar acesso regionalizado à saúde. (Moraes et al., 2017; Santa Catarina, 2026; IBGE, 2018; IBGE, 2025).

Já o Grande Oeste apresenta uma população estimada em 984 mil habitantes e conta com 31 hospitais participantes. Os recursos destinados somam cerca de R\$ 7 milhões em incentivos do programa e R\$8,2 milhões voltados ao componente cirúrgico. A região caracteriza-se pela forte presença do agronegócio, pela influência de cidades médias polarizadoras, como Chapecó, e pela extensa área territorial. Assim como ocorre no Meio-Oeste, a interiorização e as distâncias entre municípios justificam a manutenção de rede hospitalar numerosa e necessidade contínua de financiamento público (Santa Catarina, 2026; et al., 2015; IBGE, 2018; IBGE, 2025).

Por fim, a macrorregião Sul concentra uma população estimada em 1,22 milhão de habitantes, distribuída entre 23 hospitais contemplados pelo programa. Os valores observados correspondem a cerca de R\$9,5 milhões em incentivos financeiros e R\$11,3 milhões destinados ao componente cirúrgico. A região possui importante rede urbana, formada por municípios de diferentes portes e distribuídos entre áreas litorâneas, serranas e interioranas, o que exige organização regionalizada dos serviços de saúde. Além disso, a presença de centros de referência, como Criciúma, Tubarão e Araranguá, contribui para a concentração de atendimentos hospitalares e procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade. (Santa Catarina, 2026).

De forma geral, os dados demonstram que a distribuição de hospitais e recursos do PVH não depende exclusivamente do tamanho populacional, mas também de fatores territoriais, econômicos e logísticos. Regiões interiorizadas tendem a possuir maior número de hospitais para garantir cobertura assistencial, enquanto regiões mais urbanizadas concentram valores mais elevados relacionados à alta complexidade e ao maior fluxo de pacientes. Dessa forma, o financiamento hospitalar em Santa Catarina precisa considerar as particularidades regionais, a fim de promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde e melhor eficiência na aplicação dos recursos públicos (Moraes et al., 2017; Maté et al., 2015; IBGE, 2018; IBGE, 2025)

Ampliando a análise para além da macrorregião, adequada distribuição regional de programas hospitalares é essencial para garantir equidade no acesso e efetividade das políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma alocação equilibrada dos recursos e dos hospitais contemplados permite reduzir desigualdades territoriais históricas, assegurando que populações residentes em regiões mais periféricas ou com menor oferta de serviços não sejam excluídas do acesso à atenção especializada (Travassos, Castro, 2008).

Portanto, a distribuição regional orientada por critérios técnicos, como perfil epidemiológico, vazios assistenciais e capacidade instalada, contribui para a organização da rede de atenção à saúde e fortalece o princípio da regionalização, promovendo maior eficiência e integralidade do cuidado. Segundo Brasil (2017), o planejamento regional integrado é fundamental para garantir a adequação da oferta de serviços às necessidades da população, evitando tanto a concentração excessiva quanto a ociosidade de recursos.

Nesse sentido, regiões que apresentam maior vulnerabilidade socioeconômica, menor densidade de serviços de média e alta complexidade e maiores distâncias geográficas para acesso aos centros de referência devem ser prioritariamente contempladas (Albuquerque et al., 2017). No caso de Santa Catarina, isso frequentemente inclui áreas do interior, como o Oeste, Extremo Oeste, Serra Catarinense e partes do Meio-Oeste, que historicamente enfrentam maiores desafios de acesso em comparação ao litoral mais estruturado. A literatura nacional aponta que políticas de saúde devem priorizar territórios com maiores necessidades em saúde, adotando critérios de equidade para corrigir desigualdades (Viana; Lima; Ferreira, 2010). Assim, a boa distribuição regional não apenas amplia o acesso, mas também orienta uma alocação mais justa e racional dos recursos públicos.

Diante desse cenário, evidencia-se que a efetividade do PVH está diretamente relacionada não apenas ao volume de recursos investidos, mas à forma como estes são distribuídos no território, respeitando os princípios de equidade, regionalização e integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma distribuição regional mais equilibrada contribui para a redução de desigualdades no acesso aos serviços hospitalares e fortalece a organização das redes de atenção à saúde, sobretudo em regiões historicamente menos assistidas.

Contudo, para além da análise territorial, torna-se fundamental compreender como esses recursos se materializam na prática assistencial, especialmente no que se refere à produção de serviços. Nesse sentido, o próximo tópico aprofunda a análise ao examinar os tipos e volumes de atendimentos realizados pelos hospitais contemplados, permitindo avaliar de forma mais concreta os resultados do programa.

4.3 Procedimentos realizados no âmbito do PVH

A análise dos procedimentos realizados no âmbito do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) é fundamental para compreender como os recursos e diretrizes do programa se materializam na prática assistencial. Ao identificar os tipos de atendimentos contemplados e sua frequência, torna-se possível avaliar quais áreas da assistência hospitalar têm sido priorizadas, bem como o alcance das ações desenvolvidas no contexto do SUS em Santa Catarina. Nesse sentido, este tópico examina os dados disponíveis sobre os procedimentos realizados no âmbito do PVH, buscando evidenciar padrões de atendimento, possíveis concentrações em determinadas especialidades e sua relevância para o fortalecimento da assistência hospitalar no estado.

No detalhamento operacional do programa, a Tabela Catarinense estratifica os procedimentos em subgrupos específicos, permitindo que cada unidade hospitalar, conforme seu porte e Termo de Compromisso assinado, pactue com as metas mensais em especialidades como cirurgia do aparelho digestivo, geniturinário e oftalmologia. Conforme ilustrado na Tabela 02, essa organização permite visualizar a distribuição dos procedimentos por nível de complexidade e a variação da quantidade realizada entre os períodos analisados. Essa organização técnica garante que o incentivo pós-fixado seja aplicado não apenas no ato cirúrgico em si, mas também na cobertura de despesas administrativas e insumos como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), que não são integralmente cobertos pela Tabela SIGTAP federal. Tal modelo visa assegurar que o paciente tenha o ciclo de cuidado completo, incluindo intercorrências e procedimentos decorrentes, como a retirada de pinos na ortopedia ou reversão de ostomias, evitando a fragmentação do

atendimento hospitalar (Santa Catarina, 2023).

Tabela 03: Comparativo da quantidade de procedimentos hospitalares mais realizados no PVH: novembro de 2024 versus outubro de 2025

COMPLEXIDADE ALTA	PROCEDIMENTOS	COMPLEXIDADE	QUANTIDADE REALIZADA NOV-2024	QUANTIDADE REALIZADA OUT-2025
	 CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO	ALTA	854	750
	 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	ALTA	-	612
	 CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	ALTA	417	1.937
	 CIRURGIA DO APARELHO GENTURINÁRIO	ALTA	1	-
	 OUTRAS CIRURGIAS	ALTA	164	2.809
	 CIRURGIA EM ONCOLOGIA	ALTA	424	3.142
COMPLEXIDADE MÉDIA	PROCEDIMENTOS	COMPLEXIDADE	QUANTIDADE REALIZADA NOV-2024	QUANTIDADE REALIZADA OUT-2025
	 CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO	MÉDIA	654	756
	 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	MÉDIA	4.694	9.809
	 CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	MÉDIA	3.356	4.077
	 CIRURGIA DO APARELHO GENTURINÁRIO	MÉDIA	3.807	11.401
	 OUTRAS CIRURGIAS	MÉDIA	1.796	15.976
  TOTAL			16.167	51.269 

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em dados da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Power BI PVH, 2025), com apoio da inteligência artificial Google Gemini, para refinamento visual.

Observa-se crescimento expressivo do volume total de procedimentos, passando de 16.167 registros em novembro de 2024 para 51.269 em outubro de 2025. Entre os destaques, sobressaem-se as cirurgias do aparelho geniturinário, cirurgias do aparelho digestivo e outras cirurgias de média complexidade, além da ampliação relevante de procedimentos oncológicos e osteomusculares de alta complexidade. Esses dados sugerem expansão da capacidade instalada e maior utilização da rede hospitalar, possivelmente associadas aos incentivos financeiros promovidos pelo programa, contribuindo para a ampliação do acesso aos serviços especializados (Santa Catarina, 2025).

Cabe destacar que esse avanço pode estar relacionado ao fortalecimento da produção assistencial nas unidades já participantes, especialmente a partir dos incentivos vinculados à Tabela Catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos e das estratégias estaduais de redução de filas. Conforme divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde, os investimentos do Programa de Valorização dos Hospitais e

da Tabela Catarinense contribuíram para o crescimento das cirurgias eletivas no estado ao longo de 2024 e 2025 (Santa Catarina, 2025; 2026).

Com base nos dados extraídos do painel Power BI disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde, foi elaborada a Figura 10, que apresenta um comparativo entre novembro de 2024 e outubro de 2025, contemplando os procedimentos hospitalares de média e alta complexidade com maior volume de realização no programa. A escolha desses períodos justifica-se pelo fato de novembro de 2024 representar uma fase inicial de consolidação da política, enquanto outubro de 2025 evidencia o programa em pleno funcionamento, com maior número de hospitais participantes e maior maturidade operacional.

Os dados coletados demonstram que a política estadual não se limitou ao repasse de custeio fixo, mas atuou como um indutor de produtividade, especialmente através da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas, que abrange mais de 900 procedimentos prioritários (Santa Catarina, 2023). Conforme os registros oficiais e balanços de gestão, observou-se um crescimento expressivo na produção cirúrgica. Em 2024, o Estado realizou cerca de 251 mil procedimentos eletivos, representando um aumento superior a 60% em relação a 2022. Destacam-se áreas como a Ortopedia, com crescimento superior a 200%, e as Cirurgias Bariátricas, que registraram um salto de 550% no período de 2022 a 2025 (Santa Catarina, 2025; 2026).

Essa estrutura de incentivos financeiros vinculada à produtividade dialoga com as discussões de Santos et al. (2020), que identificam que a gestão hospitalar no SUS é atravessada por problemáticas estruturais e financeiras que exigem um planejamento robusto. Segundo os autores, o fortalecimento da rede hospitalar pública depende de modelos de gestão que integrem as dimensões da política e do planejamento para enfrentar o subfinanciamento e a fragmentação da rede. No contexto do PVH, o "complemento de tabela" atua como uma ferramenta estratégica de planejamento, incentivando as unidades a ampliarem a oferta de serviços em áreas críticas.

Além das cirurgias, o programa priorizou a expansão de leitos críticos, incorporando 254 novos leitos de UTI à rede entre 2023 e 2024. O acompanhamento sistemático desse crescimento por meio de indicadores de produção é fundamental

para a governança do sistema. De acordo com Lopatiuk et al., (2026), os indicadores de saúde são ferramentas indispensáveis de monitoramento das políticas públicas, pois permitem uma avaliação precisa da tecnologia e dos processos implementados. Os autores defendem que o uso desses indicadores fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS), ao garantir que a gestão seja baseada em dados reais que subsidiam a tomada de decisão e a melhoria contínua da assistência prestada à população.

Além da ampliação quantitativa, a operacionalização dos procedimentos pelo PVH estabelece uma nova dinâmica de descentralização assistencial, ao priorizar que a execução das cirurgias ocorra preferencialmente na Macrorregião de saúde de residência do paciente. Essa diretriz, fundamentada na Deliberação 744/CIB/2023, utiliza o "prêmio" financeiro para compensar disparidades geográficas, incentivando que hospitais de médio porte no interior do estado assumam procedimentos que antes eram encaminhados aos grandes centros urbanos. De acordo com Lopatiuk et al., (2026), essa forma de governança baseada em indicadores regionais é vital para a equidade do sistema, pois permite que o monitoramento identifique vazios assistenciais e direcione o recurso para onde a fila é mais crítica. Complementando essa visão, Santos et al. (2020) ressaltam que o planejamento voltado à integração da rede hospitalar é o que permite superar a fragmentação do SUS, transformando o hospital em um ponto de rede efetivo e não em uma unidade isolada. Assim, a produção mapeada no âmbito do PVH não reflete apenas números absolutos, mas um movimento de fortalecimento da autonomia regional em Santa Catarina.

Portanto, os procedimentos realizados no âmbito do PVH materializam a transição de um modelo de financiamento puramente orçamentário para um modelo orientado por indicadores de desempenho e avaliação. A produção assistencial mapeada indica que o programa obteve êxito em converter o aporte financeiro em ampliação real do acesso, reduzindo filas de espera e fortalecendo a rede hospitalar frente às demandas da sociedade catarinense.

4.4 Contribuições do PVH para a saúde pública catarinense

Para facilitar a compreensão dos principais impactos do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) no contexto catarinense, apresenta-se a Figura 09,

que sintetiza de forma visual os eixos centrais de contribuição do programa para a saúde pública estadual. Entre os aspectos destacados estão a ampliação do acesso aos serviços hospitalares, o fortalecimento das redes assistenciais, a qualificação da gestão e o incentivo à eficiência na aplicação dos recursos públicos (Santa Catarina, 2023).

Figura 09 – Contribuições do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) para a saúde pública catarinense



Fonte: Elaborado com auxílio da inteligência artificial ChatGPT/OpenAI, baseado em informações coletadas e organizadas pelas autoras (2026).

A análise das contribuições do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) para a saúde pública catarinense permite compreender, de forma mais ampla, os efeitos dessa política no fortalecimento da rede hospitalar e na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Para além de seus aspectos operacionais, o programa pode ser avaliado a partir de seus impactos na organização da assistência, na qualificação dos atendimentos e no suporte às instituições hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, este tópico busca identificar e discutir as principais contribuições do PVH, com base nas evidências documentais

analisadas, evidenciando em que medida o programa tem colaborado para a melhoria das condições de saúde da população e para o aprimoramento da gestão hospitalar no estado de Santa Catarina.

Ao vincular o incentivo financeiro ao desempenho assistencial e ao porte das unidades, o programa estabeleceu um ciclo de melhoria contínua que impacta diretamente a resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Cardoso et al., (2025), a eficiência na gestão pública não deve ser medida apenas pela alocação de recursos, mas pelos impactos socioeconômicos gerados pela otimização dos serviços. Para os autores, metodologias que priorizam a eficiência permitem um desenvolvimento regional mais equilibrado, o que se reflete na proposta do PVH de fortalecer hospitais em todas as macrorregiões catarinenses, reduzindo a necessidade de grandes deslocamentos de pacientes e promovendo o desenvolvimento local e a dignidade no atendimento.

Um dos pilares fundamentais dessa contribuição é a qualificação e expansão da rede de cuidados críticos. Viabilizado pela abertura de novos leitos de alta complexidade em regiões estratégicas à rede estadual, conforme detalhado nos balanços de gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), não apenas ampliou a capacidade instalada, mas impôs padrões rigorosos de segurança e qualidade. De acordo com Oliveira et al. (2026), a gestão da qualidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é dependente do monitoramento de indicadores para a melhoria dos resultados. No contexto catarinense, essa premissa é materializada pelas exigências contidas no Termo de Compromisso (2024) e na Deliberação 745/CIB/2023, que condicionam o repasse de recursos à manutenção de comissões técnicas (como o Núcleo de Segurança do Paciente) e à atualização sistemática de dados no CNES, garantindo que a expansão física seja acompanhada por excelência assistencial e redução da mortalidade.

Além da alta complexidade, o PVH contribuiu significativamente para a organização das redes temáticas essenciais, como a Atenção Obstétrica e a Saúde Mental. A estruturação de incentivos específicos para partos de alto e baixo risco e para a manutenção de leitos de psiquiatria em hospitais gerais, conforme previsto no escopo técnico do programa aprovado, fortaleceu a rede de proteção social em áreas historicamente negligenciadas. O impacto social é evidente na medida em que

o programa assegura o atendimento humanizado perto da residência do cidadão, evitando a fragmentação do cuidado. Essa integração assistencial corrobora a tese de Cardoso et al., (2025) sobre o papel da gestão eficiente como indutora de equidade social, transformando o investimento público em acesso oportuno para populações vulneráveis.

A operacionalização da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas (Deliberação 744/CIB/2023) representa outra contribuição vital, ao atuar como um mecanismo de justiça social e correção de distorções financeiras. O material coletado demonstra que o incentivo pós-fixado — que pode variar de duas a doze vezes o valor da tabela federal SIGTAP — cobre despesas administrativas e insumos (OPME) não padronizados, garantindo a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos. Na prática, isso permitiu que procedimentos represados, como cirurgias ortopédicas e bariátricas, tivessem um salto de produção de até 550%, reduzindo drasticamente o tempo de espera. Para o paciente, o impacto social traduz-se na retomada da capacidade laboral e na melhora da qualidade de vida, provando que a eficiência econômica defendida por Cardoso et al., (2025) resulta em bem-estar social direto.

Ademais, as Instruções Normativas de repasse "Fundo a Fundo" e via contratos estaduais estabeleceram um novo rigor no monitoramento público. O fluxo definido pelas deliberações exige que o hospital cumpra metas mensais pactuadas no Termo de Compromisso, o que induz o gestor hospitalar a uma postura proativa de resolução de intercorrências e giro de leitos. Segundo Oliveira et al., (2026), o uso de indicadores como ferramenta de gestão é o que permite identificar falhas e redirecionar esforços para a melhoria contínua. Essa transparência e responsabilidade fiscal fortalecem a confiança da sociedade catarinense nas instituições de saúde, consolidando o PVH como um instrumento de governança que protege o patrimônio público e assegura o direito constitucional à saúde.

Portanto, as contribuições do PVH consolidam um novo paradigma: o hospital deixa de ser uma unidade isolada e passa a ser um ponto estratégico e sustentável da Rede de Atenção à Saúde. A combinação entre incentivos por porte e bônus por produtividade permitiu que Santa Catarina não apenas enfrentasse as demandas represadas do pós-pandemia, mas construísse uma infraestrutura resiliente. Como resultado, o programa não se limita a uma política de repasse de verbas; ele

configura-se como um legado de justiça social e eficiência técnica, que fortalece o SUS catarinense frente aos desafios demográficos contemporâneos, garantindo que o desenvolvimento econômico do Estado seja acompanhado por uma rede hospitalar sólida e resolutive.

Por outro lado, não se pode negar a existências de críticas ao PVH e que necessitam de um olhar atento dos gestores de saúde, como se vê na figura 10.

Figura 10 – Análise crítica do Programa de Valorização Hospitalar (PVH) em Santa Catarina.



Fonte: Elaboração própria (2026), com apoio da ferramenta de inteligência artificial Google Gemini para a construção visual.

A análise apresentada na Figura 10 evidencia que, embora o Programa de Valorização Hospitalar (PVH) tenha promovido avanços relevantes no financiamento e na ampliação da capacidade assistencial, persistem limitações estruturais que restringem seu potencial transformador no sistema de saúde catarinense. Em primeiro lugar, observa-se a manutenção da dependência histórica de hospitais filantrópicos conveniados ao SUS, modelo que, embora relevante para a oferta assistencial, pode reduzir o protagonismo da rede pública direta e ampliar vulnerabilidades institucionais.

No que se refere aos critérios de financiamento, a priorização de indicadores relacionados ao porte hospitalar e à produtividade tende a favorecer instituições

maiores e mais estruturadas, o que pode ampliar desigualdades regionais e dificultar a distribuição equitativa de recursos entre hospitais de pequeno e médio porte. Conforme Travassos e Castro (2008), a distribuição desigual da oferta de serviços de saúde representa um dos principais desafios para a equidade no acesso no contexto brasileiro.

Outro aspecto relevante refere-se à baixa capacidade do programa em induzir mudanças estruturais na organização da Rede de Atenção à Saúde. Embora fortaleça financeiramente os hospitais, o PVH apresenta limitada atuação na integração sistêmica entre os diferentes níveis assistenciais, funcionando mais como instrumento de financiamento hospitalar do que como mecanismo efetivo de reorganização da rede. Mendes (2011) destaca que redes de atenção eficientes dependem de articulação regional, coordenação assistencial e fluxos integrados de cuidado.

Além disso, o predomínio de um enfoque hospitalocêntrico indica fragilidade na valorização da Atenção Primária à Saúde, considerada elemento central para sistemas mais resolutivos e sustentáveis. Para Starfield (2002), sistemas orientados pela atenção primária apresentam melhores indicadores de saúde, maior racionalidade no uso de recursos e maior equidade social.

Somam-se a isso os desafios relacionados à sustentabilidade financeira do programa, especialmente diante de restrições orçamentárias futuras e do crescimento contínuo da demanda por serviços especializados. Paralelamente, a necessidade de maior transparência e avaliação de resultados demonstra a importância do monitoramento permanente dos impactos produzidos, para além do volume de procedimentos realizados. Segundo Jannuzzi (2017), políticas públicas eficazes exigem indicadores consistentes capazes de mensurar resultados, eficiência e efeitos sociais.

De forma geral, as críticas não negam a importância do PVH, especialmente no contexto de subfinanciamento histórico do SUS e da defasagem da tabela SUS, mas apontam que o programa tende a fortalecer a estrutura existente, com menor capacidade de induzir mudanças estruturais mais profundas na organização da rede hospitalar e no equilíbrio entre os níveis de atenção à saúde.

Considerações Finais

Ao final da análise do Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), é possível afirmar que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados de forma satisfatória. A pesquisa permitiu compreender como o programa, enquanto política pública estadual de apoio à rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina, tem contribuído para o fortalecimento da assistência hospitalar e para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Também foi possível identificar seus principais mecanismos de funcionamento, critérios de adesão, formas de financiamento e impactos observados na rede hospitalar catarinense.

A metodologia adotada mostrou-se adequada aos objetivos da pesquisa. A utilização da pesquisa documental possibilitou o acesso a cartilhas institucionais, deliberações, relatórios oficiais, painéis de monitoramento e bases públicas disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. A consulta complementar a estudos acadêmicos também contribuiu para ampliar a interpretação crítica dos dados levantados.

Durante a pesquisa, destacaram-se como relevantes os instrumentos públicos de transparência e monitoramento, especialmente os painéis em Power BI disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. Essas ferramentas auxiliam no mapeamento dos hospitais participantes, das macrorregiões de saúde contempladas e dos procedimentos realizados no âmbito do programa. Ainda que tenham sido observadas limitações pontuais na atualização de alguns dados, os recursos disponíveis contribuíram de forma significativa para a análise desenvolvida.

Em relação aos resultados, verificou-se que o PVH representa uma estratégia relevante para o contexto atual da saúde pública catarinense. O programa demonstrou capacidade de fortalecer financeiramente hospitais vinculados ao SUS, ampliar a oferta de serviços e contribuir para a redução das filas de cirurgias eletivas, tema historicamente sensível no sistema público de saúde. A criação da Tabela Catarinense de Cirurgias Eletivas mostrou-se um instrumento importante para viabilizar economicamente a ampliação da produção hospitalar e acelerar o

atendimento à população, por meio da complementação dos valores previstos na tabela SIGTAP.

Entretanto, a pesquisa também permitiu identificar limitações importantes. O programa ainda se caracteriza como iniciativa governamental sujeita a mudanças administrativas, o que pode comprometer sua continuidade no longo prazo. Nesse sentido, sua consolidação como política pública permanente poderia proporcionar maior estabilidade institucional, previsibilidade financeira e segurança para os hospitais participantes.

Além disso, observou-se que o fortalecimento da rede filantrópica, embora essencial no cenário catarinense, não elimina a necessidade de expansão estrutural da rede pública direta, especialmente em regiões com maiores dificuldades geográficas e logísticas de acesso aos serviços.

Sob uma perspectiva crítica, percebe-se que parte dos recursos atualmente destinados à complementação dos valores da tabela SIGTAP poderia, em um cenário de financiamento federal mais adequado, também ser direcionada para outras demandas relevantes da saúde pública, como a ampliação da atenção especializada, o atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista e o suporte a vítimas de violência. Essa reflexão não reduz a importância do programa, mas amplia o debate sobre a alocação eficiente e equitativa dos recursos públicos.

Quanto às possibilidades de pesquisas futuras, recomenda-se o aprofundamento de estudos voltados à análise financeira do programa, especialmente sobre o volume de recursos estaduais investidos na complementação dos valores pagos pela tabela SIGTAP e os efeitos econômicos dessa política para hospitais públicos e filantrópicos. Além disso, futuras pesquisas podem comparar as regiões de saúde, analisar a sustentabilidade do programa nos próximos anos e verificar se ele tem contribuído para reduzir desigualdades no acesso aos serviços hospitalares.

Por fim, a elaboração deste trabalho mostrou-se relevante também no campo acadêmico, ao proporcionar maior compreensão sobre as relações entre financiamento, gestão e organização dos serviços de saúde. A análise de um programa público em funcionamento permitiu aproximar teoria e prática, contribuindo

para a formação crítica sobre os desafios contemporâneos da saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. **Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 41, edição especial, p. 67–86, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/4MzHG77HTWjV7BPjYL7mcGg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2026.
- AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1987. Disponível em: [Acessar livro completo em PDF \(Fiocruz / SciELO\)](#). Acesso em: 26 abr. 2026.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. **Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdpWTzt64rx5GSn/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- ANTUNES, Edite; GONÇALVES, João Paulo; SANTOS, Maria de Fátima; ALEXANDRE, Maurício; GODINHO, Paula. **Contratualização em saúde: efetividade do sistema de incentivos**. 8º Congresso Nacional de Administração Pública, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10782/582>. Acesso em: 11 set. 2025.
- BEZERRA, Thays de Melo et al. **Reflexos do pagamento por desempenho na atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, Paraíba, Brasil**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 28, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230352>. Acesso em: 23 abr. 2026.
- BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAÚJO, Adriana Maria Procópio de. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1055-1068, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700037. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/1055-1069/pt>. Acesso em: 10 set. 2025.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2013/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equidade em Saúde.** Brasília, DF: SAPS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas Públicas de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf. Acesso em: 19 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização.** Brasília, DF, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/portarias/portaria-de-consolidacao-n-3-28-09-2017/download>. Acesso em: 23 abr. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). **CNPq publica portaria que institui política de integridade na atividade científica.** Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/assuntos/noticias/cnpq-em-acao/cnpq-publica-portaria-que-institui-politica-de-integridade-na-atividade-cientifica>. Acesso em: 30 abr. 2026.

CARDOSO, Carine dos Santos; FABRIS, Thiago Rocha; CERETTA, Luciane Bisognin; WATANABE, Melissa. **Eficiência na gestão da saúde pública: uma revisão sistemática sobre metodologias e impactos socioeconômicos.** **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 9152–9181, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-266. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3507>. Acesso em: 23 abr. 2026.

CAPELLINI, Gustavo De Almeida. **Sistemas inovadores para conhecimento dos custos na gestão financeira hospitalar.** **Journal of Sustainable Competitive Intelligence**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 79–100, 2020. DOI: 10.24883/Ibero-americano.v9i4.355. Disponível em: <https://iberoamericanic.org/rev/article/view/355>. Acesso em: 12 set. 2025.

COUTTOLENC, Bernard F.; ZUCCHI, Paola. **Gestão de hospitais: o caso brasileiro.** São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1998. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume10.pdf. Acesso em: 12 set. 2025.

CUNHA, Aline Tassiara Marques da. A participação dos representantes do setor filantrópico em conselhos estaduais de saúde. 2019. 112 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CLARK, Giovani; LELIS, Davi Augusto Santana de; MACHADO, Danyele da Silva. A defasagem da tabela SUS e o impacto econômico-financeiro nas Santas Casas de Misericórdia. **Revista de Administração em Saúde**, v. 22, n. 85, p. 481-493, 2022. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/713/814>. Acesso em: 10 set. 2025.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28n4/02.pdf. Acesso em: 11 set. 2025.

DONABEDIAN, Avedis. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. HOOD, Christopher. **A public management for all seasons?** *Public Administration*, v. 69, n. 1, p. 3–19, 1991. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

DUARTE, Ligia Schiavon; VIANA, Mônica Martins de Oliveira; SCALCO, Nayara; GARCIA Mariana Tarricone; FELIPE, Luiz Victor. Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, e 210401, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023210401pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210401pt>. Acesso em: 11 set. 2025.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Administração pública e políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, **Revista de Administração Pública** v. 50, n. 6, p. 959-979, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7612150981>. Acesso em: 19 fev. 2026.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. **A gestão do cuidado em saúde: análise da dimensão organizacional na experiência de quatro centros urbanos.** *Revista Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, v. 1, n. 1, p. 71–94, 2010. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/sites/7/2014/04/Revista_Politica_2010.pdf. Acesso em: 22 abr. 2026.

FIOCRUZ. **Equidade**. Rio de Janeiro: **Pense SUS**, [2024]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 23 fev. 2026.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. 6. ed. Campinas: Alínea, 2017.

Disponível em:

<https://favaretoufabrc.files.wordpress.com/2014/06/januzzi-principais-indicadores-sociaiscompleto.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

Instituto Brasileiro de Educação em Gestão Pública (IBEGESP). Acesso à saúde e as desigualdades regionais: um olhar para a regulação. **Radar IBEGESP**, 2024. Disponível em:

<https://radar.ibegesp.org.br/acesso-a-saude-e-as-desigualdades-regionais-um-olhar-para-regulacao/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Regiões de influência das cidades**. Disponível em: [Acessar página oficial do IBGE](#).

Acesso em: 26 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas de população**. Disponível em: [Acessar página oficial do IBGE](#). Acesso em: 26 abr. 2026.

IPEA. **Desigualdades Regionais e Políticas Públicas de Saúde**. Brasília:

Ipea, 2023. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/eaf0a1f7-c859-4d9e-bc54-1f13e15d998b/content>. Acesso em: 23 fev. 2026.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

Disponível em: <https://share.google/QLnJmvaTtgCAZnwOh>. Acesso em 23 fev. 2026.

KRÜGER, Tania Regina; HAGEMANN, Simone Bihain; HOLLANDA, Aline

Ayres. Organizações sociais e os serviços públicos de saúde em Santa

Catarina. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL**, 2015,

Florianópolis. Anais do Seminário Nacional de Serviço Social. Florianópolis:

Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br>. Acesso em: 23 fev. 2026.

LEANDRO, Diego Rafael dos Santos **Economia da saúde: o financiamento do SUS e os impactos sobre a gestão e faturamento hospitalar**. São Paulo: Ed. Universitária, 2025. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/c41ce42e-93cb-49e2-a707-aa5e8461bb50/content>. Acesso em: 10 set. 2025.

LOPATIUK, Carlos; CORREA, Joana Paula Carvalho; LOPATIUK, Carla

Emanuele; ARAÚJO, Kamilla Vilela; ARRUDA, Soraia; CARNEIRO, Rafaela

Soares; REGO, José Rahel Castro; SANTOS, Wilcilene Oliveira dos; INÁCIO, Jordanna Porto; CORRÊA, Anna Clara Ascendino. **Indicadores de saúde como ferramenta de monitoramento das políticas públicas**. Revista DCS, v. 23, n. 86, p. e4142, 2026. DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4142. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/4142>. Acesso em: 23 abr. 2026.

MACHADO, Danyele da Silva; LELIS, Davi Augusto Santana de; CLARK, Giovani Tabela de procedimentos do sus à luz da ordem econômica: Ausência de correção inflacionária da remuneração das santas casas no âmbito da saúde pública. **REI - REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 481–506, 2023. DOI: 10.21783/rai.v8i3.713. Disponível em: <https://doi.org/10.21783/rei.v8i3.713>. Acesso em: 9 out. 2025.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILLO ROA, Andrés. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: universalidade, integralidade e equidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 2047-2056, 2016. DOI: 10.1590/1413-812320152111.17502015.

MATÉ, Cláudia; MICHELETI, Talita H.; SANTIAGO, Alina Gonçalves. **Cidades de pequeno porte em Santa Catarina: uma reflexão sobre planejamento territorial**. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, v. 3, n. 2, p. 28-47, maio/ago. 2015. ISSN 2359-1552. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Mate/publication/323497533_CIDADES_DE_PEQUENO_PORTE_EM_SANTA_CATARINA_uma_reflexao_sobre_planejamento_territorial/links/5a98556745851535bce0c0ba/CIDADES-DE-PEQUENO-PORTE-EM-SANTA-CATARINA-uma-reflexao-sobre-planejamento-territorial.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, Sergio Torres; GUARDA, Antonio; ZACCHI, Gabriela Stein. **A caracterização das regiões metropolitanas catarinenses e o Estatuto da Metrópole**. *Geosul*, Florianópolis, v. 33, n. 67, p. 38–60, maio/ago. 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/download/56633669/_A_CHARACTERIZACAO_DA_S_REGIOES_METROPOLITANAS.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-5230.2018v33n67p38>

MOTTA, Fabrício; DE OLIVEIRA, Antônio Flávio. Sustentabilidade econômica e políticas públicas. **A & C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 19, n. 78, p. 87–113, 2019. DOI: 10.21056/aec.v19i78.1249. Disponível em: <https://doi.org/10.21056/aec.v19i78.1249>. Acesso em: 12 set. 2025.

NUNES, Gissele Souza de Franceschi. Governança da política pública de

cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina. 2024. 186 f. Tese (Doutorado em Administração) – Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, **Universidade do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/a9e6f9629c56bc3d5f8fea92eff5f97c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y> Acesso em 23 fev. 2026

PEREIRA, João. **Equidade e acesso aos cuidados de saúde. In: Fundamentos de Economia da Saúde.** [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268414998_Equidade_e_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude. Acesso em: 23 fev. 2026.

PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Financiamento da saúde: evolução e perspectivas. Brasília: IPEA**, 2013. (Texto para Discussão, nº 1846). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1846.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

PRESTES, Cristiane dos Santos; CIRINO, Flávio; OLIVEIRA, Sílvia; SOUSA, Ricardo. **Manual do Gestor Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestor_hospitalar.pdf. Acesso em: 11 set. 2025.

O'DONNELL, Guillermo. **Accountability horizontal e novas poliarquias. Lua Nova**, São Paulo, n. 44, p. 27-54, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000200003>. Acesso em: 22 abr. 2026.

OLIVEIRA, Manoel Isaque Silva de; LIMA, Ana Luiza da Silva; SILVA, Reivan Sousa da; COSTA, Virgínia Luiza Silva; BRANCO JUNIOR, Fernando Castelo Branco. **Gestão da qualidade em UTIs: indicadores e melhoria de resultados. Caderno Pedagógico**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. e22627, 2026. DOI: 10.54033/cadpedv23n1-003. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/22627>. Acesso em: 23 abr. 2026.

ORTIGA, Angela Maria Blatt. Avaliação dos efeitos da municipalização no acesso e na integralidade da atenção no município de Blumenau, Santa Catarina (1993-1998). 1999. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 1999. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br>. Acesso em: 23 fev. 2026.

RODRIGUES, Virgínia Martins; PEDRON, Camila Biribio Woerner. Análise das dinâmicas das regiões de saúde de Santa Catarina em interlocução com as habilitações do HU-UFSC. 2023. Trabalho de Conclusão de Residência –

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências – Macrorregião Grande Oeste.**

Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/Arthur%20Puga/Downloads/PAR_-_MACRORREGI%C3%83O_DO_GRANDE_OESTE.pdf. Acesso em: 22 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 23 fev. 2026.

SANTA CATARINA; Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Valorização dos Hospitais: investimentos em infraestrutura, tecnologia e capacitação profissional**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/programa-de-valorizacao-dos-hospitais>. Acesso em: 30 ago. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Valorização Hospitalar (PVH)**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 23 fev. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação 744/CIB/2023: Aprova a Tabela Catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos e a atualização da operacionalização do Programa Estadual de Redução das Filas**. Florianópolis: CIB, 07 dez. 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação 745/CIB/2023: Aprova a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais para o ano de 2024**. Florianópolis: CIB, 07 dez. 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Valorização dos Hospitais 2024**. Florianópolis: SES/SC, dez. 2023 (Atualizado em 22/12/2023). Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/programa-de-valorizacao-dos-hospitais/documentos-relacionados/programa-de-valorizacao-dos-hospitais-2024-aprovado/download>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Balanco de Gestão: Santa Catarina atinge marca histórica de 251 mil cirurgias eletivas em 2024**. Florianópolis: Portal SES, 2025. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Evolução da Rede Hospitalar: Ampliação de leitos de UTI e incentivos à alta complexidade (2023-2025)**. Florianópolis: Secretaria de Comunicação, 2026. Disponível em: <https://estado.sc.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Termo de Compromisso do Programa de Valorização dos Hospitais 2024**. Florianópolis:

Superintendência de Planejamento em Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/programa-de-valorizacao-do-s-hospitais/documentos-relacionados/termo-de-compromisso-do-programa-de-valorizacao-dos-hospitais-2024/download>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTOS, Andréia Cristina dos. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações**. 2009. 226 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [Acessar dissertação no repositório Fiocruz](#). Acesso em: 22 abr. 2026.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; MOREIRA, Andrea Laura Andrade; SUZART, Nathália Almeida; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3493-3504, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SECCHI, Leonardo; COELHO, Fernando de Souza; PIRES, Valdemir. **Políticas Públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

SILVA, João da; PEREIRA, Maria de Souza. *Auxílio da contabilidade na sustentabilidade econômica e financeira das Entidades do Terceiro Setor*. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 16, n. 15, 2023. Disponível em: <https://ciodh.emnuvens.com.br/rr/article/view/16/15>. Acesso em: 12 set. 2025.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 1-10, out. 2011. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47269197/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS-libre.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009>. Acesso em: 23 fev. 2026.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica S. M. de. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 215-243. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Castro-De/publication/365951968_Determi

[nantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilizacao de Servicos de Saude/links/63a1046be42faa7e75d8e780/Determinantes-e-Desigualdades-Sociais-no-Acesso-e-na-Utilizacao-de-Servicos-de-Saude.pdf](#). Acesso em: 26 abr. 2026.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007>. Acesso em: 23 fev. 2026.

VIANNA, Solon Magalhães. **A seguridade social e o SUS: re-visitando o tema. *Saúde e Sociedade***, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7–22, jan./abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/v14n1/03.pdf>. Acesso em: 10 set. 2025.